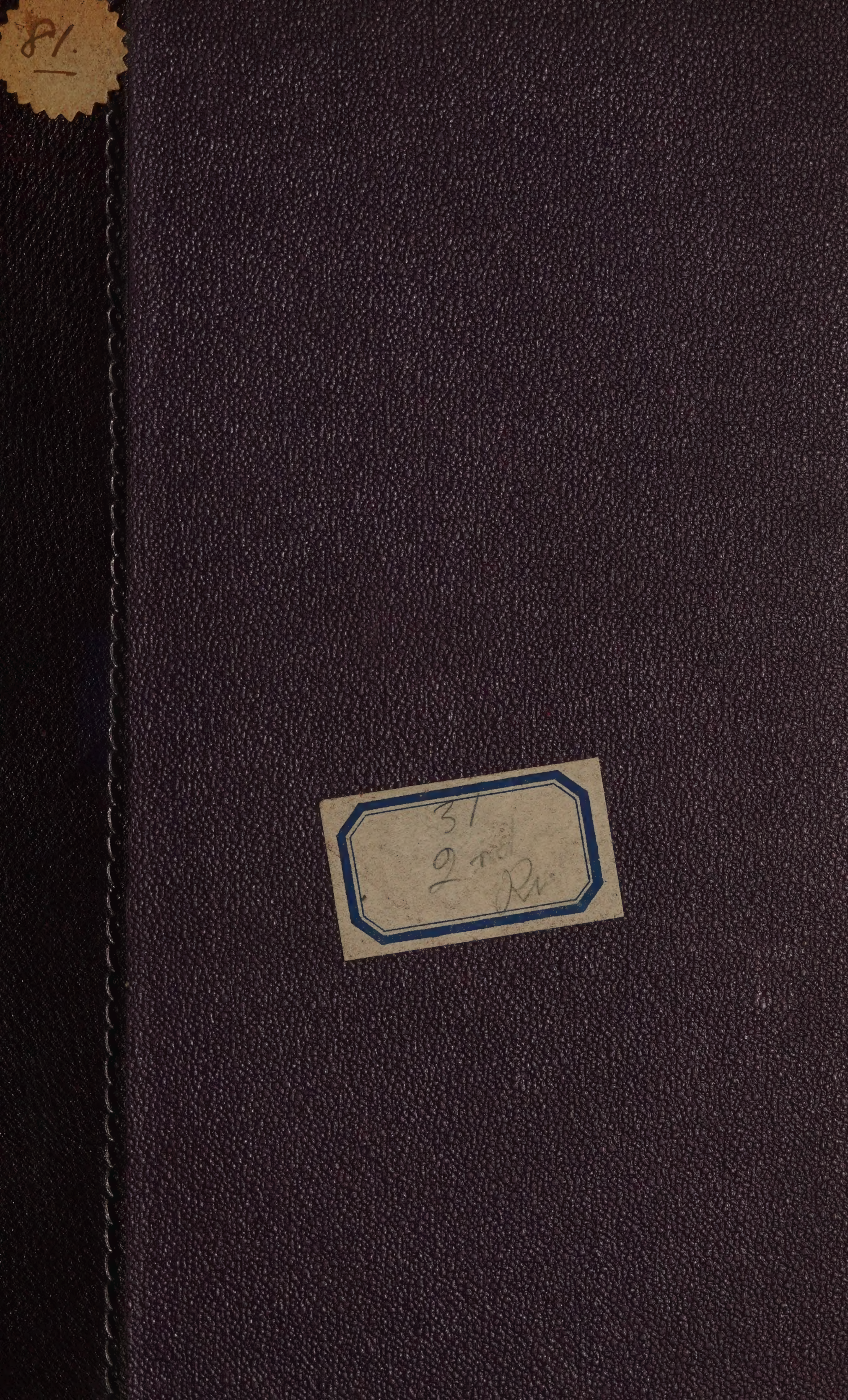
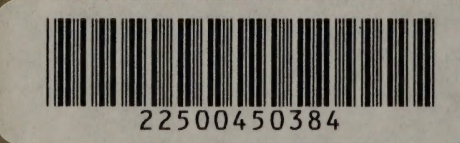

81.
37
2nd
Rv


22500450384



REVUE

DES

SCIENCES MÉDICALES

EN FRANCE ET A L'ÉTRANGER

REVUE

DES

SCIENCES MÉDICALES

EN FRANCE ET A L'ÉTRANGER

RECUEIL TRIMESTRIEL
ANALYTIQUE, CRITIQUE ET BIBLIOGRAPHIQUE

DIRIGÉ PAR

GEORGES HAYEM

Professeur de thérapeutique à la Faculté de Médecine de Paris,
Médecin de l'Hôpital Saint-Antoine.
Membre de l'Académie de Médecine.

QUATORZIÈME ANNÉE

TOME XXVII

PARIS
G. MASSON, ÉDITEUR
LIBRAIRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
120, BOULEVARD SAINT-GERMAIN.

1886

SOMMAIRE DU N° 1

TOME XXVII

ANATOMIE.

PHYSIOLOGIE.

PATHOLOGIE EXPÉRIMENTALE.

TOXICOLOGIE ET PHARMACOLOGIE.

THÉRAPEUTIQUE.

HYGIÈNE.

PATHOLOGIE INTERNE ET CLINIQUE MÉDICALE.

OBSTÉTRIQUE.

MALADIES VÉNÉRIENNES.

ALCOOLISME ET PSYCHIATRIE

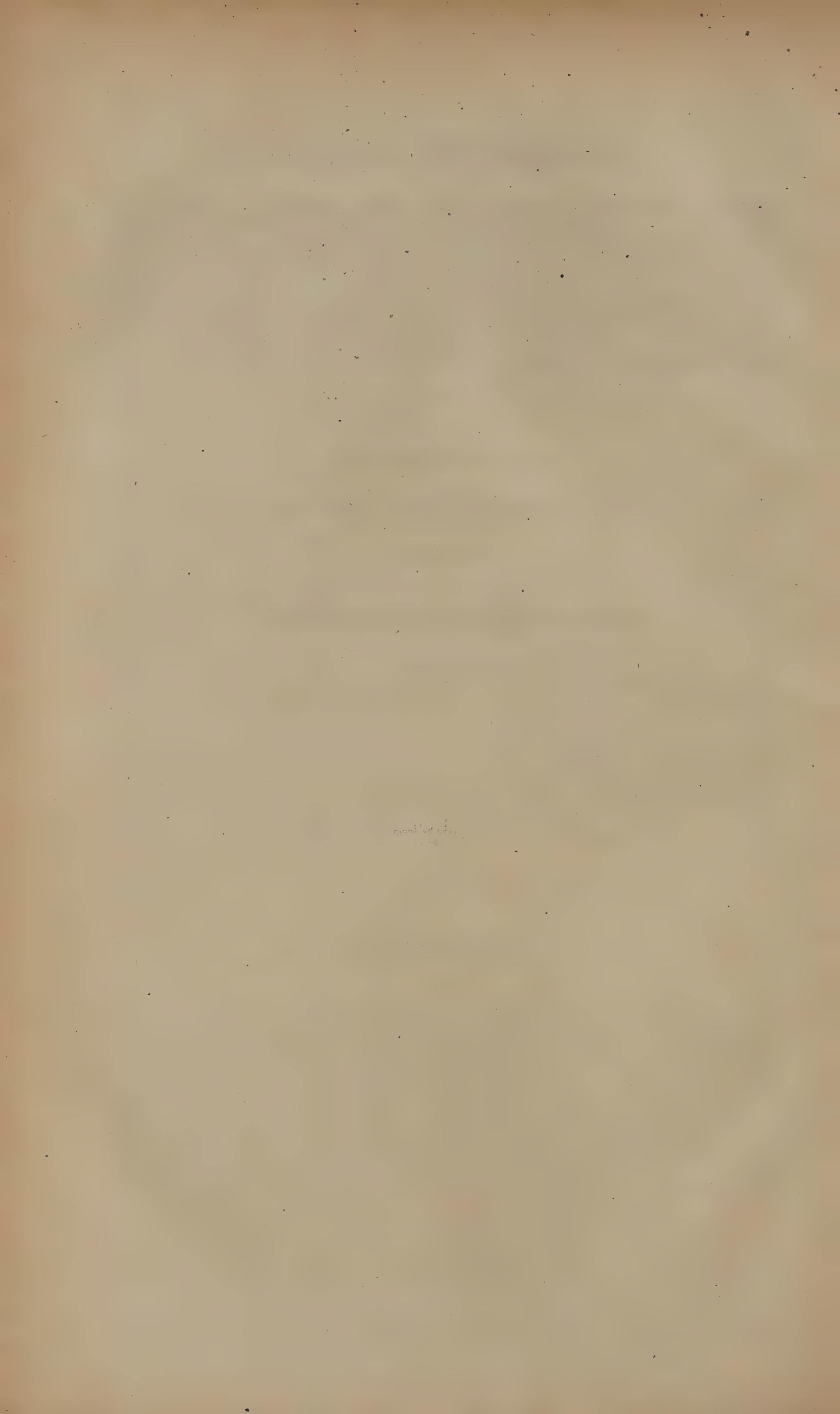
PATHOLOGIE EXTERNE ET THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

OPHTALMOLOGIE.

MALADIES DU NEZ ET DU LARYNX.

REVUE GÉNÉRALE.

RENSEIGNEMENTS BIBLIOGRAPHIQUES.



SOMMAIRE DU N° 2

TOME XXVII

ANATOMIE.

PHYSIOLOGIE.

CHIMIE MÉDICALE.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

PATHOLOGIE EXPÉRIMENTALE.

TOXICOLOGIE ET PHARMACOLOGIE.

THÉRAPEUTIQUE.

PATHOLOGIE INTERNE ET CLINIQUE MÉDICALE.

GYNÉCOLOGIE.

OBSTÉTRIQUE.

MALADIES DES ENFANTS.

DERMATOLOGIE.

MALADIES VÉNÉRIENNES.

MÉDECINE LÉGALE.

PATHOLOGIE EXTERNE ET THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

OPHTALMOLOGIE.

MALADIES DU NEZ ET DU LARYNX.

RENSEIGNEMENTS BIBLIOGRAPHIQUES.

REVUE

DES

SCIENCES MÉDICALES

EN FRANCE ET A L'ÉTRANGER.



ANATOMIE.

Gemeinsame Entwickelungsbahnen der Wirbelthiere (Voies de développement communes aux vertébrés), par J. KOLLMANN (*Arch. f. Anat. u. Phys., Heft* 3 *et* 4, 1885).

Après avoir étudié les phénomènes communs de la gastrulation chez les vertébrés, Kollmann aborde l'examen des phénomènes qui président au développement du sang.

Il fait remarquer que si chez les vertébrés l'embryon se développe en dehors du sang, le sang lui-même se montre en dehors de l'embryon. L'organisation de l'embryon débute, en effet, au milieu du disque germinatif, tandis que le rudiment du sang apparaît au niveau de la limite de ce disque dans le territoire du bourrelet marginal. Ce n'est que plus tard, alors que le cœur embryonnaire existe, que le sang pénètre dans l'embryon proprement dit.

Le sang débute par les amas de cellules sanguines embryonnaires (sélaciens), dont les éléments se multiplient et se logent dans l'espace que limitent les feuillets du blastoderme. Cet espace, situé entre les deux feuillets primitifs, représente une portion de la cavité de segmentation ; ce même espace a été décrit par Rauber sous le nom de fente protolymphatique, cet auteur l'ayant trouvé occupé par un liquide auquel il a donné le nom de proto-lymphe (oiseaux).

Les cellules sanguines primitives se multiplient et forment des îlots ; dès leur apparition, ces îlots s'entourent de cellules plates qui leur forment une enveloppe, une membrane vasculaire (sélaciens, reptiles, oiseaux).

ASSAKY.

Ein Beitrag zu der Lehre von den Blutcrystallen (Contribution à l'étude des cristaux du sang), par Stanislas von STEIN (*Arch. f. path. An. u. Phys., Band XCVII, Heft* 3, *p.* 483).

Pour obtenir les cristaux, S. von Stein prend du sang à un animal, le défibrine ou le laissant coaguler exprime le sérum du caillot. Il dépose une goutte de ce sérum sur une lame et attend que les bords commencent à se dessécher. Tout autour il trace une circonférence avec du

baume de Canada, puis par-dessus applique une couche de baume. Ce baume doit avoir des propriétés un peu spéciales, il ne doit pas être trop liquide, doit avoir exactement l'indice de réfraction du verre, et être dissous dans l'essence de girofle. L'essence de térébenthine contenant de l'ozone active la décomposition des globules rouges. L'auteur étudie la forme des cristaux ainsi obtenus dans le sang de divers animaux (corneille, chat, chien, écureuil, etc., etc.). Ces diverses formes sont reproduites sur une planche qui accompagne le travail. Il étudie ensuite les cristaux incolores observés chez ces animaux, mais ne sait quelle hypothèse admettre sur leur nature. P. GALLOIS.

Nouvelles recherches sur la structure du cerveau et l'agencement des fibres blanches cérébrales, par J. LUYS (*Encéphale*, *p.* 513, 1884).

Se servant du bichromate de potasse, de l'acide phénique et de l'alcool méthylique, pour la préparation de ses pièces anatomiques, Luys est arrivé à mettre en saillie des détails d'anatomie difficiles à interpréter autrement. Mais au lieu de procéder de bas en haut, dans l'étude du système nerveux, au lieu de suivre les fibres, de la moelle dans le cerveau, il a mieux aimé prendre une route inverse, et suivre les fibres blanches, de l'écorce cérébrale jusqu'aux noyaux gris centraux. De ses recherches, il résulte que l'ensemble des fibres cérébrales se répartit en trois groupes isolés et distincts : 1° le groupe des fibres commissurales, reliant chaque hémisphère cérébral à son congénère ; 2° le groupe des fibres allant de l'écorce aux noyaux gris de la couche optique, et que, en raison de cette disposition, il propose d'appeler système des fibres cortico-optiques ou thalamiques ; 3° le groupe des fibres allant de l'écorce aux noyaux gris centraux, situés soit en avant de la couche optique et constituant le corps strié, soit au-dessous de la couche optique et représentant les régions sous-optiques, c'est le système des fibres cortico-striées et cortico-sous-optiques. Au point de vue physiologique, c'est le système cortico-thalamique qui disperse dans toutes les régions corticales l'incitation sensorielle incidente, et c'est le système cortico-strié qui la *réfléchit* vers les noyaux moteurs des régions centrales, et jusque dans les régions bulbaires. DESCOURTIS.

Recherches histologiques sur la genèse des ganglions et des nerfs spinaux, par LAHOUSSE (*Bull. de l'Acad. de méd. de Belgique, t. XIX*, *n°* 5, 1885).

L'origine des ganglions et des nerfs spinaux est une des questions d'embryologie les plus controversées. L'auteur, après avoir rapidement exposé les différentes opinions émises à ce sujet, celles de His, Balfour, Hensen, Marshall, Kölliker, Kupffer, etc., fait connaître les résultats auxquels l'ont amené ses recherches sur l'embryon de poulet. Comme agent fixateur, il a employé l'acide nitrique à 10 0/0 et le bichromate de potassium à 3 0/0; les coupes ont été colorées par l'hématoxyline, l'éosine, la nigrosine, la fuchsine-acide, le chlorure d'or ou le nitrate d'argent.

Au second jour de l'incubation, l'auteur a vu dans le tronc de l'embryon de poulet le cordon intermédiaire décrit par His, de chaque côté du sillon dorsal, cordon prenant naissance d'une manière indépendante aux dépens de l'ectoderme. Mais pour Lahousse il n'est pas certain que

le cordon intermédiaire, une fois détaché de l'ectoderme, contribue à la formation des ganglions postérieurs, et il est peu probable qu'il suffise à lui seul pour les former. Les ganglions postérieurs ne commencent, en effet, à se développer qu'à partir du développement de l'excroissance postéro-externe du canal médullaire. Il paraît donc plus probable que c'est aux cellules de cette excroissance que les ganglions doivent en partie ou en totalité leur genèse. Presque en même temps que l'excroissance postéro-externe, une excroissance analogue se développe du côté antéro-externe du canal médullaire. Ces deux excroissances naissent aux dépens des cellules du canal médullaire.

L'excroissance antéro-externe donne naissance aux racines antérieures qui se développent avant les racines postérieures. Celles-ci naissent aux dépens des cellules des ganglions postérieurs et du pédicule d'insertion de ces derniers.

La partie la plus intéressante du travail de Lahousse est celle qui est relative au développement des nerfs périphériques. L'auteur dit s'être assuré, sur des coupes en série, que les nerfs croissent d'une manière continue du centre à la périphérie; mais il est en opposition avec Bidder et Kupffer, His, etc., qui considèrent les fibres nerveuses comme de simples prolongements des cellules centrales de la moelle; pour lui, les fibres nerveuses naissent aux dépens et par transformation du protoplasma de cellules d'origine médullaire et disséminées au sein des tissus, là où plus tard doivent exister des nerfs, transformation qui ne se fait pas simultanément dans toute la longueur, mais graduellement du centre à la périphérie. L'opinion de l'auteur belge se rapproche de celle de Kölliker, relative à la genèse des nerfs olfactifs chez l'homme.

F. HENNEGUY.

Contribution à l'étude des localisations cérébrales (trajet intracérébral de l'hypoglosse), par F. RAYMOND et G. ARTAUD (*Arch. de neurologie, vol. VII, p.* 145 *et* 296).

Prenant pour base divers cas de troubles de la parole, par paralysie des muscles articulateurs, qu'ils ont pu observer, les auteurs ont appelé à leur aide l'anatomie pathologique pour établir le trajet intracérébral de l'hypoglosse. Ils sont arrivés à la conclusion suivante : nées du pied de la circonvolution frontale ascendante, les fibres cérébrales de l'hypoglosse suivent le faisceau frontal inférieur, traversent la capsule interne au niveau du genou, se placent dans le pédoncule entre le faisceau pyramidal et le faisceau qu'on peut appeler faisceau de l'aphasie, occupent dans la protubérance la partie postéro-interne des pyramides motrices, s'entre-croisent, et de là gagnent le plancher du quatrième ventricule pour se mettre en rapport avec les noyaux bulbaires. D.

Sur l'innervation des muscles du larynx, par EXNER (*Société des médecins de Vienne, décembre* 1884).

Exner, pour étudier l'innervation du larynx, s'est servi de trois méthodes, à savoir :

1° L'excitation des nerfs laryngés et l'examen des muscles qui entraient en contraction sous l'influence de cette excitation ;

2° La méthode anatomique consistant à pratiquer sur des larynx d'enfants, à l'aide du microtome, une série continue de coupes très fines, et à poursuivre un même tronc nerveux de coupe en coupe ;

3° La section des troncs nerveux pratiquée dans le but de provoquer des dégénérescences musculaires.

Voici l'énoncé des résultats obtenus :

Le muscle crico-thyroïdien est innervé par la branche externe du nerf laryngé supérieur ; il est douteux, comme l'avait déjà fait remarquer Türk, que ce nerf soit seul à subvenir à l'innervation du crico-thyroïdien, lequel a été trouvé dégénéré dans des cas où la branche externe du laryngé supérieur était intacte.

Steiner, de Heidelberg, avait constaté qu'un lapin peut encore pousser des cris après qu'on lui a sectionné le laryngé supérieur et même le laryngé inférieur. Il en avait conclu que certains muscles extérieurs du larynx, l'hyo-thyroïdien et le thyro-pharyngé, impriment au larynx une déformation telle que les cordes vocales pouvaient encore être tendues alors que les crico-thyroïdiens étaient paralysés. Cette explication est fausse ; on peut constater sur le vivant que, dans l'expérience de Steiner, le crico-thyroïdien se contracte pendant que l'animal pousse des cris. Il faut donc que le larynx reçoive des rameaux nerveux d'une troisième source. En effet, Exner a constaté que la branche pharyngée du nerf vague fournit au larynx, de chaque côté, un rameau nerveux que l'auteur propose de nommer *laryngé médian*, eu égard au point où il pénètre dans le larynx. Quand on sectionne à la fois ce rameau et la branche externe du nerf laryngé supérieur, le muscle crico-thyroïdien est alors réellement paralysé.

Chez l'homme, ce rameau laryngé médian ne peut pas être suivi, comme chez le lapin, depuis la branche pharyngée du nerf vague jusqu'au larynx, parce que celle-ci se perd dans le plexus pharyngé. Mais de ce plexus on voit partir un rameau qui, après un assez long détour, descend vers le larynx entre cet organe et la glande thyroïde, se divise en plusieurs branches et pénètre dans le muscle crico-thyroïdien. Hirschfeld et Léveillé ont représenté ce nerf comme se perdant en arrière de la glande thyroïde. En réalité, il innerve le crico-thyroïdien, et ce muscle s'atrophie quand on sectionne à la fois le nerf laryngé médian et le larynx supérieur.

Le muscle thyro-arythénoïdien se décompose en deux moitiés, l'une interne et l'autre externe. Cette dernière est frappée de dégénérescence chez le lapin, à la suite de la section du nerf laryngé supérieur, la portion interne de même, à la suite de la section du laryngé inférieur. Celui-ci remonte le long du larynx, passe entre le cartilage thyroïde et le cricoïde, pour atteindre la portion interne du thyro-arythénoïdien. Türk avait remarqué déjà qu'à la suite des altérations du nerf laryngé inférieur, les parties internes des muscles des cordes vocales sont moins dégénérées que la portion externe. Les premières sont donc sous la dépendance de rameaux nerveux qui partent de la branche externe, croisent celle-ci et pénètrent dans le thyro-arythénoïdien, au lieu de se terminer, comme le voulait Luschka, dans la muqueuse.

Pour ce qui est de l'innervation des muscles crico-aryténoïdiens obliques et transverses, Luschka l'attribuait au laryngé inférieur. Or, Mac-

kenzie avait vu ces muscles être épargnés par la dégénérescence, dans un cas où les deux nerfs laryngés inférieurs étaient altérés. Exner a pu se convaincre que les muscles en question reçoivent des filaments nerveux des nerfs laryngés supérieur et inférieur.

Il est généralement admis que le muscle crico-aryténoïdien latéral est innervé par le nerf laryngé inférieur. Luschka prétend que la branche externe se distribue uniquement à la muqueuse. En réalité elle envoie un rameau au crico-aryténoïdien latéral, qui en reçoit d'autres du laryngé inférieur.

Le muscle crico-aryténoïdien postérieur est innervé, dans sa masse principale, par le laryngé inférieur, mais il reçoit quelques filaments nerveux du laryngé supérieur.

Quant à l'innervation sensitive du larynx, on sait que le laryngé supérieur se distribue presque exclusivement à la muqueuse de ce conduit. Toutefois ses ramifications ne descendent pas très bas. Or le larynx reçoit des filets sensitifs non seulement des rameaux perforants des laryngés supérieur et inférieur, mais encore d'un rameau qui part du laryngé supérieur. Ces six petits troncs réunis constituent un nerf médian court, qui se divise en deux branches divergentes, arquées. De la portion concave de l'arc partent les ramifications destinées à la muqueuse. En arrière de la trachée se trouve un second arc, qui émane du nerf laryngé inférieur, qui pénètre dans la trachée en arrière du cartilage thyroïde, pour répandre des rameaux dans la muqueuse.

Les deux arcs sont liés par de nombreuses anastomoses. Le nerf laryngé médian envoie également des ramifications dans la portion de la muqueuse qui tapisse la paroi antérieure du larynx ; à la partie supérieure de ce conduit, la muqueuse est exclusivement innervée par les deux laryngés supérieur et inférieur. E. RICKLIN.

Recherches sur le développement embryonnaire de l'épithélium dans les voies aériennes, par Gustave LAGUESSE (*Thèse de Paris*, 1885).

1° Dans toute l'étendue des voies aériennes, chez le mouton, l'épithélium définitif est précédé par un épithélium cylindrique ou polyédrique stratifié, dont les éléments subissent plus ou moins la transformation muqueuse, à l'exception d'une couche génératrice profonde. Ce phénomène a lieu dans la première partie de la vie intra-utérine. Il a été également constaté dans les fosses nasales du poulet, dans les fosses nasales et la trachée de l'homme;

2° Au milieu de ce premier revêtement, l'épithélium cilié se développe cellule par cellule, aux dépens de la couche génératrice, et se substitue peu à peu au précédent;

3° Les cellules caliciformes existant sur les muqueuses respiratoires de l'adulte paraissent n'être dues qu'à une légère modification du processus d'après lequel se formait l'épithélium primitif. Leur apparition coïncide avec la disparition de celui-ci, qu'elles semblent continuer sous une forme un peu différente;

4° L'épithélium pavimenteux stratifié existant en certains points du larynx, notamment sur les cordes vocales, est dû à la persistance de l'épithélium polyédrique primitif, dont les éléments s'aplatissent et subis-

sent des modifications de structure caractérisées par un commencement de transformation cornée.

Les cordes vocales supérieures de l'homme font exception; l'étroite bande d'épithélium pavimenteux qu'on y retrouve est de formation secondaire et n'existe que chez l'adulte;

5° De la comparaison de l'épithélium des voies aériennes avec celui des voies digestives et avec l'épiderme, on peut tirer cette conclusion générale, que dans toutes les muqueuses dermo-papillaires, céphalo-thoraciques, l'épithélium a pour caractères communs, chez l'embryon jeune, la stratification et une tendance à la transformation muqueuse.

Les cellules à mucus évoluent différemment suivant les fonctions de chaque organe : elles apparaissent pour faire place à un épithélium vibratile dans les fosses nasales et la trachée ou subissent à des degrés divers la transformation comme pour devenir l'épithélium buccal œsophagien, etc.

En résumé, d'une façon générale, l'épithélium cilié est de formation secondaire et précédé par un épithélium stratifié, polyédrique ou cylindrique. A. C.

Ueber die Ausdehnung und den Zusammenhang u. s. w. (Abondance et relations du tissu lymphatique de la gorge), par Gustav BICKEL (*Arch. f. path. An. u. Phys., Band XCVII, Heft 2, p.* 340).

L'auteur fait remarquer qu'on a un peu détourné le mot « tonsille » de son sens primitif pour l'appliquer à tout le tissu lymphatique que l'on rencontre dans la région du gosier. D'après lui on doit réserver ce nom aux seules parties de ce tissu qui présentent : 1° une forme circonscrite; 2° une infiltration profonde et diffuse de ce tissu au milieu de laquelle on trouve de véritables follicules; 3° des cryptes; 4° un contact immédiat du tissu lymphatique avec l'épithélium. Il croit pouvoir exiger encore un cinquième caractère, ce serait l'existence de glandes muqueuses acineuses dont les canaux excréteurs traverseraient le tissu conjonctif pour s'ouvrir de préférence dans les cryptes. D'après ces considérations il regarde comme de vraies tonsilles les amygdales de l'isthme du gosier et l'amygdale pharyngienne; il refuse le nom de tonsille à ce que l'on a désigné sous le nom d'amygdale de la trompe d'Eustache et d'amygdale linguale; celles-ci présentent une simple infiltration à laquelle on peut reconnaître 3 degrés, suivant que l'un des deux éléments lymphatique et conjonctif est en quantité plus grande ou égale par rapport à l'autre.

Dans une esquisse historique de la question il montre que déjà Vésale avait reconnu l'existence d'un tissu analogue aux amygdales en dehors de ces organes. Lacauchie ne serait donc pas le premier qui aurait vu l'amygdale pharyngienne. Tourtual aurait vu l'amygdale de la trompe d'Eustache, que Gerlach aurait le premier nettement décrite. Actuellement, en somme, on admet un véritable anneau lymphatique dans la gorge, anneau envoyant en outre des prolongements dans les fosses nasales et le larynx.

L'auteur, dans ses recherches, a examiné toute cette région sur 24 cadavres de tout âge et de tout sexe. L'amygdale proprement dite

se développerait de la façon suivante. Il se ferait une dépression de la muqueuse, le fond de cette dépression s'infiltrerait de tissu lymphatique, augmenterait de volume, formerait hernie pour ainsi dire à travers les bords de la dépression, laissant entre ces bords et l'amygdale ainsi développée un sillon qui tendrait à s'effacer, mais dont les traces persisteraient. Pour l'amygdale pharyngienne, au lieu d'une dépression circulaire unique, on trouverait un certain nombre de sillons longitudinaux qui disparaîtraient par suite de l'augmentation de volume de leur partie profonde. Il en serait à peu près de même pour les fausses tonsilles, mais celles-ci, au lieu de continuer à se développer, tendraient au contraire à disparaître par la suite. Cette opinion se rapproche de celle de F.-Th. Schmidt, qui s'appuie sur l'anatomie comparée.

L'auteur a vérifié que cette infiltration de tissu lymphatique s'étend à une grande distance (voile du palais, fosses nasales, larynx, trachée). Il pense que le tissu lymphatique abondant dans toute cette région arrête les principes infectieux, ce qui expliquerait d'une part la fréquence des affections de la gorge de nature infectieuse, d'autre part la limitation de ces manifestations infectieuses aux portions riches en tissu lymphatique. P. GALLOIS.

Ueber die blutleeren Gefässe im Schwanze der Batrachierlarven (Des vaisseaux dépourvus de sang dans la queue des larves de batraciens), par Sigmund MAYER (*Sitz. der Akad. der Wissenschaft. Wien.*, *Band XCI*, *Heft* 1 *et* 2).

Kölliker a décrit le premier, en 1846, dans la queue des larves de batraciens, des vaisseaux dans l'intérieur desquels les éléments figurés du sang ne pénètrent pas et il les a considérés comme appartenant au système lymphatique. Remak, His, Hensen, Langer, Rouget, etc., ont accepté l'opinion de Kölliker; mais Stricker a élevé des doutes sur la nature lymphatique de ces capillaires et Wysotzky affirme que ces vaisseaux représentent des canaux sanguins en voie de développement.

Les observations de l'auteur le portent à croire qu'il ne s'agit pas là de capillaires sanguins; cependant il est un certain nombre d'objections qu'on peut opposer à l'opinion de Kölliker.

On ne saurait affirmer qu'il existe dans ces vaisseaux un courant normal, centripète; très souvent ce courant est de sens contraire (centrifuge); sa rapidité est souvent supérieure à celle que possède d'ordinaire l'écoulement de la lymphe.

La queue des larves est très riche en vaisseaux dépourvus de sang, si ces vaisseaux étaient des lymphatiques, on ne comprendrait pas leur existence au milieu de tissus où les échanges nutritifs sont loin de nécessiter un appareil aussi développé. Rien n'indique d'ailleurs que tous ces vaisseaux fonctionnent à la manière des vaisseaux lymphatiques de l'adulte. ASSAKY.

Ein Beitrag zur Bestimmung der Lage des Herzens beim Menschen (Situation du cœur chez l'homme), par J. TOEPKEN (*Arch. f. Anat. u. Phys.*, *Heft* 3 *et* 4, 1885).

On ne peut indiquer d'une façon absolue un point de la paroi thoracique

antérieure qui corresponde à la pointe du cœur. Cette détermination ne peut être faite ni sur le cadavre ni sur le vivant. Le cœur subit des mouvements d'ascension et de descente corrélatifs à ceux du diaphragme. Il en est de même pour le foie, la rate et les reins.

Chez les sujets jeunes, le cœur est situé plus haut que chez les sujets âgés. Cette remarque se rapporte au sujet vivant aussi bien qu'au cadavre.

Sur le cadavre, le cœur est situé en général plus haut que sur le vivant ; cela tient à ce que, après la mort, le diaphragme remonte dans la cavité thoracique.

Si la mort n'a pas lieu en expiration, comme cela s'observe parfois chez les pendus et toujours chez les noyés, le cœur occupe après la mort une situation autre que celle qu'il affecte d'habitude sur le cadavre ; il est situé plus bas et cette observation est vraie même lorsqu'il s'agit d'individus jeunes. ASSAKY.

Beiträge zur Kentniss der Entwickelungsgeschichte der Gl. Thyroidea und Thymus (Développement de la glande thyroïde et du thymus), par FISCHELIS (*Arch. f. mikr. Anat.*, *Band XXV*, *Heft* 3).

Chez le poulet comme chez le porc la glande thyroïde procède de l'épithélium pharyngien.

Chez le poulet, le rudiment de la glande se présente sous forme d'une vésicule creuse, médiane, qui se transforme ensuite en une production solide qui se divise plus tard en deux portions secondaires. Ces deux moitiés de l'organe primitif tendent à s'éloigner de plus en plus de la ligne médiane et vont enfin se fixer à proximité des artères carotides.

Chez le porc le corps thyroïde naît par trois rudiments dont l'un est situé sur la ligne médiane à la hauteur du deuxième arc branchial, tandis que les deux autres sont placés sur les parties latérales au niveau de la troisième fente branchiale. Plus tard, les deux bourgeons latéraux se soudent à celui qui occupe la ligne médiane de façon à former un corps ovalaire situé au-devant de la trachée.

Chez le porc le thymus se développe aux dépens de l'épithélium de la troisième fente branchiale ; dans les premiers temps de son évolution, il est représenté par des prolongements tubuliformes qui se dirigent du côté ventral. ASSAKY.

Beiträge zur Histologie der Leber (Contribution à l'histologie du foie), par Igacuschi-Moritzi MIURA (*Arch. f. path. An. u. Phys.*, *Band XCVII*, *Heft* 1, *p.* 142).

L'auteur mentionne les travaux de Pflüger et de Kupffer, sur l'innervation du foie, travaux qui ont été exécutés au moyen de la coloration par le chlorure d'or. Il décrit ensuite le procédé de coloration de Nestrowsky, rapporté dans le tome LXIII des *Archives de Virchow*, et qu'il trouve trop compliqué. Il indique ensuite le procédé particulier qu'il a employé. Il prend des fragments de foie, soit frais, soit conservés depuis quelques jours dans le liquide de Müller, et les place dans une solution de sucre de raisin. (Eau 100, saccharose 20, chlorure de sodium 1.) Après 8 ou 12 heures, il place ces fragments pendant

12 ou 24 heures dans une solution de chlorure d'or sodique à 5 0/00, puis il les plonge de nouveau dans la solution de saccharose (12 à 48 heures) jusqu'à ce que les fragments aient pris une teinte violet foncé. Les coupes se font avec la congélation ou avec inclusion dans la celloïdine et sont examinées soit dans la glycérine soit dans l'essence de girofle. La netteté des images est plus grande si l'on a traité la coupe avec l'acide acétique concentré ou la lessive de potasse. Si l'on veut obtenir une préparation plus rapide, on peut, quand on a porté les fragments pour la seconde fois dans la solution sucrée, maintenir celle-ci à une température de 40 à 50 degrés pendant 2 ou 3 heures, mais la préparation est moins nette.

Les résultats de Miura sont sensiblement les mêmes que ceux de Nestrowsky. Il observe en effet 3 plexus : 1° Plexus volumineux autour des branches de la veine porte, de l'artère hépatique et des voies biliaires; 2° Plexus fin intralobulaire relié au précédent d'une part et d'autre part au 3e plexus, lequel est situé autour de la veine centrale du lobule. L'auteur décrit ensuite les différences que présentent ces plexus chez divers animaux. Malheureusement il n'est pas sûr que les filaments qu'il colore et que Nestrowsky avait colorés, soient bien des filets nerveux; il se demande s'il ne s'agit pas de fibres élastiques déjà décrites par Asp et Petzke dans le lobule. P. GALLOIS.

Quelques recherches sur la couche pigmentaire de l'iris et sur le soi-disant muscle dilatateur de la pupille, par F. BOÉ (*Arch. d'ophtalmologie, V, n°* 4, *p.* 311).

Il résulte des recherches histologiques faites par Boé, sur l'homme et sur les animaux, que la couche pigmentaire de l'iris se dédouble en deux couches secondaires : elle contient deux rangées de noyaux masquées l'une et l'autre par les granulations. Comme l'avait déjà démontré Schwalbe, la rangée antérieure correspond au feuillet externe, la postérieure au feuillet interne de la vésicule oculaire secondaire. Le muscle dilatateur de Henle n'existe pas, les noyaux considérés comme des noyaux des fibres musculaires lisses appartiennent à la rangée antérieure des noyaux du pigment. La couche interne de la portion ciliaire de la rétine est libre de pigment, elle se prolonge sur l'iris, elle se pigmente progressivement. Chez l'adulte cette pigmentation couvre déjà complètement les noyaux au niveau de la racine de l'iris. Chez le fœtus de six mois, la couche interne se prolonge derrière l'iris très longtemps avant de se couvrir de granulations. F. DE LAPERSONNE.

Ein Saugpolster in der menschlichen Backe (Peloton adipeux facilitant la succion contenu dans la joue humaine, par H. RANKE (*Arch. f. path. An. u. Phys., Band XCVII, Heft* 3, *p.* 527).

H. Ranke étudie l'anatomie et la physiologie de la boule graisseuse de Bichat. Après avoir rappelé ses rapports bien connus, il décrit à cette boule graisseuse un prolongement qui plongerait du côté de la muqueuse et qui serait destiné à fixer plus solidement le peloton adipeux. Il constate que cette boule graisseuse est enveloppée d'un tissu de nature conjonctive assez résistant qui l'isole des parties voisines, lui donne une indépen-

dance relative et en fait un véritable organe spécial. Cette boule graisseuse présente une vascularisation plus riche qu'on ne l'avait pensé. Chez l'homme, cette boule graisseuse est surtout développée pendant les premières années de la vie, elle ne disparaîtrait jamais même dans les cas d'émaciation les plus accentués. Chez les animaux on ne la trouve ordinairement pas.

La fonction de cette boule graisseuse de Bichat serait de soutenir le muscle buccinateur qui recouvre sa face externe, et de faciliter ainsi l'action de ce muscle dans les efforts de succion. Le développement plus considérable de ce peloton graisseux chez l'enfant en lactation vient à l'appui de cette hypothèse et peut se rapprocher de cet autre fait que l'orbiculaire des lèvres est également plus développé à cette époque de la vie de l'enfant. Des dessins d'anatomie topographique et d'histologie accompagnent ce travail. P. GALLOIS.

Beckenmessungen lebenden Menschen verschiedener Nationalitäten (Résultats de la mensuration du bassin sur le vivant dans les différentes nationalités), par Paul SCHRŒTER (*Archiv für Gynækologie, Band XXV, Heft* 3).

Les recherches de l'auteur ont porté sur trois nationalités : les Polonais, les Russes et les Juifs. Il a fait en tout 271 mensurations : 114 sur des Polonais (50 hommes et 64 femmes), 102 sur des Juifs (62 hommes et 40 femmes) et 55 sur des Russes : ces dernières ont toutes été pratiquées sur des hommes. L'auteur a appliqué dans ses recherches la méthode indiquée par Prochownick (*R. S. M.*, XXIII p. 202).

Comparant les résultats de ces mensurations avec celles publiées par Dohrn, Schrœder, v. Schrenck (*R. S. M.*, XXII, p. 250), l'auteur constate qu'il n'y a pas de grandes différences entre le bassin des femmes allemandes et celui des femmes esthoniennes, mais que la différence est très sensible si l'on compare les bassins des femmes de race germaine, slave ou sémitique. La plus grande différence se trouve dans la distance des épines iliaques antérieures et supérieures : cette distance, qui est de 22,60 chez les Juives et de 23,10 chez les Polonaises, atteint ou dépasse 26 centimètres chez les Esthoniennes et chez les Allemandes. Le diamètre conjugué externe, qui est de 18,10 en moyenne chez les Juives et de 18,71 chez les Polonaises, atteint ou dépasse 20 centimètres chez les Allemandes et les Esthoniennes. D'une manière générale le bassin est plus développé chez les Allemandes et les Esthoniennes que chez les Polonaises et les Juives: le bassin des Juives présente les plus petites dimensions dans tous les sens. La taille suit d'ailleurs la même proportion que le bassin : les Esthoniennes occupent le premier rang (154.8 en moyenne), puis viennent les Polonaises (152.89) et enfin les Juives (147.55). Pour les hommes, ce sont les juifs qui présentent le bassin le plus petit, et les Russes le plus grand ; les Polonais occupent un rang intermédiaire; il en est de même pour la taille.

Au point de vue de l'inclinaison du bassin, le plus grand nombre des bassins dans la race polonaise et dans la race russe varie entre 40 et 50 degrés, dans la race juive entre 30 et 40.

D'une manière générale chez les Allemands, le bassin de la femme est plus incliné vers l'horizon que celui de l'homme : c'est le contraire qui

existe chez les Polonais et les Juifs. Ce sont les Allemands qui présentent la plus forte inclinaison vers l'horizon ; puis viennent les Polonaises, les Juives et enfin les Esthoniennes.

Une dernière série de 12 expériences est consacrée à établir la variation de l'inclinaison pelvienne suivant la position du sujet. Les plus grandes différences s'observent lorsque le sujet passe de la rotation des jambes en dehors à la rotation en dedans avec léger écartement : le maximum de différence peut atteindre 28 degrés. H. DE BRINON.

Contribution à l'étude de la formation des organes sexuels chez les insectes, par G. BALBIANI (*Recueil zoologique suisse*, *t. II*, *n°* 4, 1885).

Les observations de Balbiani sont relatives à l'origine des cellules sexuelles ; elles montrent la signification des globules polaires et le rôle que ces éléments jouent dans le développement des glandes génitales.

Les propositions suivantes résument les notions que l'on peut déduire des observations faites chez les chironomes.

1° Les globules ou cellules polaires des insectes représentent les premiers rudiments des organes génitaux et ont la signification de cellules sexuelles primitives.

2° La production de ces cellules fait partie des phénomènes les plus précoces du développement embryonnaire ; elles naissent au pôle postérieur de l'œuf aux dépens de la couche plasmique homogène qui forme la surface du vitellus de l'œuf mûr et fécondé.

3° Les cellules sexuelles primitives suivent une évolution complètement semblable chez tous les embryons et ne se différencient que chez la jeune larve (ou peut-être dans les derniers temps du développement embryonnaire) en testicule et en ovaire. Il en résulte que les glandes génitales des deux sexes ont une origine absolument identique, naissant de la même substance et au même point de l'œuf.

4° Les cellules sexuelles primitives se multiplient d'abord chez l'embryon par une génération endogène de noyaux, puis de cellules-filles libres chez la jeune larve. Chez la larve plus âgée, chacune de celles-ci s'entoure d'une couche de cellules piriformes constituant ces amas radiaires dont le nombre et le volume varient dans le testicule et dans l'ovaire et donnent ainsi à chacun de ces organes son caractère sexuel particulier correspondant à l'âge de la larve.

Si l'on compare la formation des éléments sexuels chez les chironomes et les autres diptères avec ce que l'on sait de l'origine de ces éléments chez les autres types d'organisation, la question ainsi généralisée devient une des plus importantes dont la solution puisse être donnée par l'embryogénie comparée ; elle soulève celle des relations génétiques existant entre les organes reproducteurs et les feuillets embryonnaires et se rattache aussi à une question plus large et plus générale encore, celle de l'homologie des feuillets primordiaux chez les différents types d'animaux.

On sait, en effet, que His, Rauber, Hœckel, Ray, Lankaster, Ed. van Beneden, etc., assignent aux organes sexuels une origine semblable, aux dépens de feuillets semblables, tandis que d'autres auteurs admettent que ces organes proviennent de feuillets différents variant d'un type ani-

mal à l'autre (Kölliker, O. et R. Hertwig, Gœtte, Waldeyer, etc.). Balbiani montre que tous les feuillets indistinctement peuvent donner naissance à l'appareil reproducteur, que l'ovaire et le testicule sont des organes essentiellement indépendants au point de vue de leur mode d'origine, car on les voit flotter d'un feuillet germinatif à l'autre, naître d'un simple blastomère avant la fin de la segmentation ou se séparer du plasma de l'œuf, avant toute segmentation. Ils sont également indépendants au point de vue de l'époque de leur apparition au cours du développement; tantôt les cellules sexuelles sont les premières cellules qui se forment dans l'œuf, tantôt elles se différencient pendant la segmentation, d'autres fois elles se montrent au stade de gastrula, ou bien elles se produisent chez l'embryon déjà muni de tous ses organes, ou bien encore, beaucoup plus tard, chez l'individu complètement développé. Sauf de rares exceptions les glandes sexuelles n'atteignent pas leur maturité chez l'embryon et n'entrent en action qu'à une époque relativement tardive de la vie.

Nussbaum et Weissmann ont envisagé la formation des organes sexuels dans ses rapports avec les phénomènes de l'hérédité; partant de ce principe qu'il n'existe pas de relation génétique entre la substance de l'individu et celle de ses éléments sexuels, ils soutiennent que les germes sexuels se séparent du matériel embryonnaire et se développent d'une manière indépendante. Cette séparation a lieu sous forme de cellules spéciales, les cellules sexuelles, avant toute différenciation du vitellus segmenté des feuillets germinatifs distincts (Nussbaum). Pour Weissmann, au contraire, les cellules sexuelles se forment par différenciation de cellules déjà incorporées à l'embryon. Balbiani fait observer que les cellules sexuelles ne se séparent de la masse du corps, chez la plupart des animaux, qu'après avoir fonctionné plus ou moins longtemps comme cellules des tissus; c'est ce qui a lieu chez les jeunes embryons de tous les vertébrés, chez les larves des vers, des échinodermes, des mollusques. ASSAKY.

Histologisch-embryologische Untersuchungen über das Urogenitalsystem (Recherches histologiques et embryologiques sur le système uro-génital), par JANOSIK (*Sitzb. der Akademie der Wissenschaften Wien, janvier et février* 1885).

L'origine de la glande génitale est la même pour les deux sexes; elle procède d'un épaississement de l'épithélium germinatif de Waldeyer. La ligne de démarcation entre l'épithélium germinatif et le tissu sous-jacent disparaît; les ovules primitifs se montrent au milieu de cette couche épithéliale (oiseaux). Chez les mammifères on ne constate pas la formation des ovules au niveau de l'épithélium germinatif; ce revêtement épithélial pousse des prolongements du côté de la profondeur, envoie dans le tissu sous-jacent des cordons solides qui se transformeront pour donner chez le mâle les canalicules séminifères, et chez la femelle les cordons de van Beneden.

Le premier rudiment du testicule est constitué par un stroma qui contient des cordons cellulaires; dans certains points, ces cordons sont encore en connexion avec l'épithélium germinatif. Il n'existe aucune communication entre ces cordons testiculaires et les canalicules des reins primordiaux.

Après la séparation de l'épithélium germinatif et des cordons qui en dérivent, les cellules de ce revêtement épithélial se modifient, et l'on voit apparaître au milieu d'elles de grosses cellules et des follicules rudimentaires. Ces grosses cellules sont les homologues des ovules.

Les canalicules du rete testis proviennent des conduits séminifères. Les canalicules épididymaires proviennent des canalicules rénaux primitifs ; ils procèdent plus particulièrement de ceux qui constituent la partie moyenne du corps de Wolff.

Le canalicule urinaire primitif se transforme en entier en conduit de l'épididyme après avoir toutefois perdu, par atrophie, son glomérule. Il survient également quelques modifications structurales.

Les conduits séminifères du rete testis donnent naissance à des canalicules qui établissent la communication entre ce réseau et l'épididyme.

Les cellules de la substance intermédiaire reconnaissent probablement pour origine les cellules connectives que l'on observe dans le début, à la base de la glande génitale. Ces cellules se distinguent chez le porc et chez le chat par la pigmentation jaune qu'elles possèdent ; elles ne renferment pas de substance colorante chez le lapin.

Le développement de l'ovaire est beaucoup plus lent que celui du testicule.

L'épithélium germinatif prolifère et pénètre dans le stroma sous forme de cordons dont les uns sont solides, les autres creux. Bientôt ce travail de prolifération diminue ou s'arrête, et il se forme une membrane albuginée peu épaisse ; l'épithélium germinatif est représenté par une mince couche cellulaire.

Dans le hile de l'ovaire se montrent des canalicules qui tirent leur origine des canaux de Wolff ; ces canalicules forment l'époophore qui est l'homologue de l'épididyme.

Les ovules ainsi que la membrane granuleuse sont les produits d'une nouvelle prolifération de l'épithélium ; les ovules répondent aux grosses cellules, les follicules de Graaf aux follicules rudimentaires que l'on observe à la surface du testicule à une époque relativement avancée de son développement,

L'évolution comparée du testicule et de l'ovaire montre qu'il n'existe pas une homologie complète entre les éléments qui constitueront l'œuf et ceux qui président au développement des spermatozoïdes. ASSAKY.

PHYSIOLOGIE.

Note on the cause of the first sound of the heart (Note sur la cause du premier bruit du cœur), par GERALD F. YEO et BARRETT (*The Journal of Physiology, vol. VI, p.* 145).

Les auteurs ont voulu répéter l'expérience attribuée à Halford. Lorsque chez l'animal vivant l'on comprime les veines qui aboutissent à l'oreil-

lette droite hors du péricarde, après un ou deux battements la contraction persisterait tandis que le bruit cesserait. Il y aurait contraction musculaire, mais il n'y aurait plus de premier bruit cardiaque.

On expérimente sur un chat soumis à l'influence du chloroforme et à la respiration artificielle. On ouvre le thorax sans blesser le péricarde. Les veines caves supérieure et inférieure sont saisies et disposées pour une compression rapidement exécutable à volonté. D'autre part, un stéthoscope bi-auriculaire flexible est placé à la surface antérieure du péricarde, et l'appréciation est faite successivement par trois observateurs exercés. — On a constaté que la compression des veines amenait une légère diminution du premier bruit, mais que celui-ci restait parfaitement perceptible.

En détachant le cœur de l'animal et en le tenant dans une solution saline chauffée, on a pu constater la continuation de ses battements pendant onze minutes. Le premier bruit s'est fait entendre pendant tout ce temps avec ses caractères normaux. Il faut avoir soin d'empêcher la pénétration de l'air dans les cavités cardiaques. — La première expérience est reprise sur un chien terrier, après ligature de l'azygos : la compression des veines caves amène une diminution de l'intensité du premier bruit; en laissant de nouveau affluer le sang, le son remonte au maximum après le 2e ou le 3e battement. Le cœur enlevé, comme précédemment, laisse percevoir encore le même son. — Même résultat encore si, pour faire disparaître la possibilité de la conservation du sang dans l'organe, l'on pratique une section brusque au-dessous du sillon auriculo-ventriculaire. Il paraît, d'après ces épreuves, que le premier bruit dépend de la contraction même du tissu musculaire. Stokes, en 1854, avait été amené à soutenir une opinion analogue. La conclusion des auteurs est donc qu'un son parfaitement défini et ayant les qualités du premier bruit cardiaque peut être produit par le muscle cardiaque dans des conditions où la tension des valvules est hors de cause. DASTRE.

A study of the action of the depressor nerve, and a consideration of the effect of blood pressure upon the heart regarded as a sensory organ (Étude de l'action du nerf dépresseur et effet de la pression sanguine sur le cœur, considéré comme un organe sensible), par H. SEWALL et W. STEINER (*The Journal of Physiology*, *vol. VI*, *p.* 162).

S. Mayer (1876) a vu que si l'on empêchait complètement l'accès du sang artériel au cerveau, la pression subit une légère augmentation instantanée qui l'amène (chez le lapin) jusqu'à 20-30 millimètres de mercure. Après 4 ou 6 secondes une surélévation considérable se manifeste qui diminue ensuite et tombe à un niveau extrêmement faible. Le premier effet serait un pur effet mécanique : le second serait dû à l'excitation des vaso-constricteurs par l'influence de l'anémie cérébrale. Les deux auteurs ont voulu chercher la cause de cette excitation, qui pourrait être due à la diminution de l'oxygène, à l'accumulation de l'acide carbonique ou à la diminution de la tension vasculaire dans le cerveau. Klug (1883) a montré que l'excès de CO^2 n'accroît point la pression sanguine, tandis que la respiration de l'hydrogène l'élève considérablement. Nawalichin (1870), d'autre part, ayant sectionné les nerfs sympathique, pneumogastrique et

vraisemblablement les dépresseurs, a vu que, chez des chats curarisés, la compression des carotides amenait un accroissement de pression de 60 à 70 0/0. — Sewall et Steiner ont répété ces expériences sur des chats et des lapins narcotisés par injection rectale de morphine et chloral ou curarisés par injection intra-veineuse. — Ils ont vu la compression des carotides s'accompagner d'une élévation de pression de 1 à 4 centimètres de mercure durant quelques minutes disparaissant progressivement. L'effet est moindre lorsque l'on obstrue les sous-clavières ou l'aorte abdominale. Si l'on a sectionné le faisceau nerveux du vague, du sympathique et du dépresseur, l'élévation est extraordinaire : elle se maintient de 1 à 3 minutes pendant la durée de la compression. Quelquefois l'effet manque par abus de la narcotisation. Il y a un retard ou période latente entre le moment de la compression et l'apparition du phénomène. — Lorsque la section n'a porté que sur le vague seul, l'effet est presque nul : quand on opère sur le sympathique seul les effets sont obscurs et inconstants et se compliquent d'une grande irrégularité cardiaque. — Le phénomène est dû aux dépresseurs. Si l'on n'en sectionne qu'un seul, l'effet est moindre et ralenti. — En desserrant les carotides la pression revient à son niveau normal. — Quand la compression a porté sur l'aorte abdominale, l'élévation est peu considérable et la pression reste plus tard au-dessous du niveau normal, ce qui s'explique par une dilatation vasculaire du membre inférieur.

L'explication de ces phénomènes paraît évidente si l'on admet que la diminution de la pression vasculaire soit un excitant pour le centre vaso-constricteur bulbaire. La compression carotidienne amènera donc une constriction vasculaire générale et une élévation de la pression. Cette pression accrue excite les nerfs sensitifs cardiaques (dépresseurs), et ceux-ci exerçant une action inhibitoire sur le centre vaso-moteur, la pression s'abaisse. Si ces nerfs dépresseurs sont coupés, l'abaissement ne peut plus avoir lieu : la compensation est impossible et l'effet de surpression se manifeste seul. — Cette explication est incorrecte en ce que les auteurs ne font intervenir que l'effet vaso-constricteur, tandis que l'action vaso-dilatatrice directe du dépresseur a été établie par Laffont, Dastre et Morat. — Mais il est facile de modifier la forme de cette explication, sans toucher au fond, de manière à la rendre correcte. Enfin, il est possible que le phénomène soit en effet asphyxique. DASTRE.

Zur Pathologie und Physiologie der Blutscheiben (**De la pathologie et de la physiologie des globules sanguins**), **par EHRLICH** (*Charité-Annalen, X Jahrg., p.* 136, 1885).

Sous ce titre Ehrlich publie deux notes assez courtes. La première est consacrée aux fonctions du *discoplasma*, stroma des globules rouges. Il joue le rôle capital dans la physiologie du sang ; c'est lui qui empêche la dissolution des globules rouges, qui préserve l'hémoglobine d'une oxydation anormale, qui s'oppose à la pénétration dans ces organites de divers principes contenus dans le sang. C'est donc le stroma qui constitue le protoplasma de la cellule ; l'hémoglobine en est le paraplasma. Aussi, par analogie avec ce qui se passe dans d'autres éléments cellulaires, doit-on admettre que l'hémoglobine se forme aux dépens du dis-

coplasma, par production endogène; c'est ce qui explique que les globules vieux et ceux des dyscrasies soient pauvres en hémoglobine. Cette conception trouve un appui dans ce fait que toutes les substances qui détruisent les globules rouges agissent d'abord sur le discoplasma, et en second lieu seulement sur l'hémoglobine.

Dans la deuxième note très brève consacrée aux poisons du sang, il n'y a à relever que deux faits : l'extrême toxicité du sublimé, et au contraire l'influence nullement défavorable de l'acide phénique à des doses où déjà il exerce une action antiseptique manifeste. L. D.-B.

Die Ursache der Stabilität des Blutdruckes (La cause de la stabilité de la pression sanguine), par E. N. von REGÉCZY (*Archiv für die gesammte Physiologie, Band XXXVII, p.* 73).

Tappeiner (1872), Goltz, Worm-Müller (1873) et von Lesser (1874) ont montré par de nombreuses expériences qu'on peut enlever à un animal une fraction notable de son sang (1 à 3 0/0 du poids du corps) sans que la pression artérielle baisse notablement. De même l'augmentation de la masse du sang par transfusion copieuse ne produit qu'une hausse insignifiante de la pression sanguine. Worm-Müller et Lesser attribuent aux parois vasculaires la propriété d'accommoder à chaque instant la capacité de l'arbre circulatoire à la masse variable du sang. L'adaptation du système vasculaire à la quantité de sang qu'il contient se ferait par contraction vasculaire, si la masse de sang est diminuée; par dilatation, si elle est augmentée. Le système nerveux vaso-moteur serait ainsi l'agent actif de la régulation de la pression sanguine.

Von Regéczy combat énergiquement cette explication. Si la pression ne baisse que fort peu après une saignée, ce n'est pas parce que les parois vasculaires se sont resserrées, mais parce qu'il s'est fait, des tissus vers les capillaires, un travail de transsudation énergique de lymphe interstitielle. La masse du sang se trouve ainsi rapidement reconstituée par adjonction d'une quantité de lymphe équivalant au volume de sang soustrait par la saignée.

Cette dilution du sang par la lymphe a pour effet de diminuer considérablement la proportion d'hémoglobine, le nombre des globules et la densité du sang (expériences de Thachrah, Prévost et Dumas, Andral et Gavarret, Vierordt, Panum, von Lesser, Bizzozero, Otto, etc.). Von Regéczy donne à ce sujet quelques chiffres d'expériences personnelles.

L'injection d'une grande quantité de sang dans l'appareil circulatoire exagère au contraire le courant de transsudation qui va des capillaires vers les éléments cellulaires des tissus et augmente les sécrétions. L'excès de liquide est promptement exprimé au dehors. Il est donc superflu, d'après von Regéczy, d'invoquer une dilatation des vaisseaux à la suite de la transfusion pour expliquer l'absence de hausse permanente de la pression sanguine. La régulation de la pression sanguine n'a pas besoin de l'intervention du système nerveux vaso-moteur : elle s'opère d'elle-même par transsudation de plasma ou résorption de lymphe. La stabilité de la pression sanguine est due à la stabilité de la masse du sang et non à la mobilité de la capacité vasculaire. LÉON FREDERICQ.

Beobachtungen über die Blutcirculation in der Haut (De la circulation sanguine dans la peau), par KOWALEWSKY (*Centrabl. f. die med. Wiss.*, 2 *mai* 1885).

Si chez un animal, à qui on a injecté dans une veine saphène une solution de curare à 8 0/00, on sectionne un cordon latéral au niveau de la troisième vertèbre cervicale, on obtient une dilatation des vaisseaux cutanés de l'oreille, du nez et des paupières du côté correspondant; si l'on coupe d'un côté le cordon latéral et de l'autre le sympathique cervical, on obtient des phénomènes de cet ordre des deux côtés. D'où Kowalewsky conclut que les nerfs vasomoteurs du sympathique cervical ou les fibres médullaires qui agissent sur leurs troncs descendent du centre vasomoteur bulbaire dans le cordon latéral correspondant.

Si, après avoir sectionné un cordon latéral, on excite le tronc d'un des nerfs sciatiques, on obtient les phénomènes réflexes suivants : contraction des vaisseaux de l'oreille et des paupières et dilatation des vaisseaux du nez du côté intact; puis un rétrécissement peu accusé des vaisseaux de l'oreille du côté opéré, suivi bientôt d'une dilatation très marquée, en même temps que les vaisseaux du nez du côté sain se rétrécissent. Tous ces phénomènes se produisent dans le même ordre si on pratique simultanément la section du sympathique cervical. Il y a donc dans ce nerf et dans le cordon latéral des filets constricteurs et dilatateurs.

Si, après avoir coupé les deux sympathiques, on excite la moelle cervicale, on obtient la contraction des vaisseaux de l'oreille, et la dilatation de ceux du nez. Les nerfs constricteurs de l'oreille ne se trouvent donc pas tous dans le cordon latéral et le sympathique cervical.

Qu'avec le cordon latéral on coupe ou non le sympathique, on obtient par le curare la même action vasodilatatrice; celle-ci est donc d'origine périphérique et non centrale. L. D.-B.

A heat centre in the cerebrum (Centre de température dans le cerveau (Note préliminaire), par Isaac OTT (*The med. News*, 4 *juillet* 1885).

Ott admet l'existence d'un centre de température dans le voisinage du corps strié (*Journ. of nervous and ment. dis.*, avril 1884) ; il donne dans cette note la relation sommaire de quelques expériences qu'il complétera ultérieurement. En trépanant le crâne et enfonçant une aiguille à travers le cerveau jusqu'à la base, en différents points, on voit la température s'élever, mais cette élévation disparait en quelques heures. Si au contraire on vient à toucher un point à la partie antérieure du thalamus, près du corps strié, la température monte de 3 à 4 degrés et demi (Fahr.) et reste ainsi près de 24 heures. A. C.

De la protubérance annulaire comme premier moteur du mécanisme cérébral, foyer ou centre de la parole, de l'intelligence et de la volonté. Note par BITOT (*Compt. rend. Acad. des sciences,* 18 *mai* 1885).

L'auteur se croit autorisé, par l'examen attentif des faits cliniques, à déposséder les hémisphères cérébraux des facultés supérieures au profit de la protubérance. En effet, dit-il, l'ensemble de tous ces faits cliniques m'amène à conclure que : « 1° Les lésions bornées à l'un des côtés de

la protubérance annulaire, avec conservation du raphé, peuvent retentir en même temps sur la parole et sur l'intelligence, ce dernier trouble n'étant que transitoire ; 2° les destructions très étendues de la protubérance, pourvu qu'elles soient situées sur son centre, détruisent la parole et l'intelligence ; mais les lésions qui embrassent toute la protubérance, moins le raphé, n'entraînent pas à leur suite la perte de la parole et de l'intelligence. M. DUVAL.

Zur Kenntniss der sensiblen Nerven und der Reflexapparate des Rückenmarkes (Contribution à la connaissance des nerfs sensitifs et des appareils réflexes de la moelle épinière), par K. HALLSTEN (*Archiv f. Anat. u. Phys.; Phys. Abth., p.* 167, 1885).

L'auteur s'est proposé de savoir si la loi des secousses de Pflüger s'applique aux nerfs sensitifs comme aux nerfs moteurs : il a voulu connaître aussi l'influence qu'une section transversale pouvait exercer sur l'excitabilité de ces nerfs et sur la durée des réflexes qu'ils provoquent. Il a voulu enfin fixer avec plus de précision les voies anatomiques de ces réflexes et chercher les variétés d'effets excitateurs dus à la variété des excitants.

Hallsten opérait sur des grenouilles décapitées, dont l'excitabilité réflexe était exaltée par l'injection de strychnine. Schiff, Eckhardt, Bernstein et Rosenthal ont démontré que cette substance ne modifiait point les nerfs périphériques. L'animal était préparé pour l'examen myographique. On avait soin d'écarter entièrement la moelle allongée qui empêche, comme l'a montré Setschenow (1869) la production des réflexes que provoquerait l'excitation des nerfs sensitifs.

La première partie de ce travail est consacrée à l'étude de l'excitation des nerfs sensitifs par le courant constant. On opère d'abord sur des grenouilles non strychnisées. En règle générale le courant ne détermine pas de réflexes : mais il se présente certaines exceptions. Des secousses réflexes apparaissent, faibles, au moment de la fermeture du courant : rarement au moment de l'ouverture. Ce sont là des faits exceptionnels et peu explicables. — Quant aux grenouilles strychnisées les réflexes par excitation sensitive s'y produisent : ils ont été étudiés par Pflüger en 1860 et en 1865, et ils obéissent à la loi établie pour l'excitation directe des nerfs moteurs. L'auteur vérifie ce résultat. Il faut opérer pendant les deux premières phases de l'empoisonnement strychnique ; c'est-à-dire dans la période où les secousses peuvent être manifestées dans les membres inférieurs et dans celle où se produisent des secousses généralisées. On a ainsi environ une quinzaine de minutes pour chaque épreuve. On mesure la hauteur de la courbe pour apprécier l'intensité de la secousse. Ce n'est guère que pendant les cinq premières minutes que la secousse conserve son intensité maxima sous l'action du courant de fermeture : à partir de ce moment elle décroît très rapidement. — Hallsten étudie ensuite la sensibilité de la préparation pour les changements de force du courant, puis pour les changements de direction : ce sont là les éléments de la loi des secousses qui se trouve vérifiée conformément au tableau de Pflüger.

La seconde partie du mémoire est consacrée à l'examen des voies que

suit l'excitation pour la production du réflexe gastrocnémien. Koschewnikoff (1868), Masius et van Lair plus tard ont établi que la portion de la moelle présidant aux réflexes correspondait aux 4e et 5e vertèbres : les paires rachidiennes correspondantes sont les 7e, 8e et 9e paires, les seules d'où procède la sciatique. Et, en effet, l'expérience a prouvé que ces paires contenaient les filets sensitifs qui provoquent le réflexe gastrocnémien, du même côté ou du côté opposé : quant aux filets moteurs de retour ils sont contenus dans la 8e et la 9e racine : une seule des voies centripètes et une seule des voies centrifuges suffisent à l'exécution du réflexe. Lorsque l'on excite le sciatique dans le voisinage de l'articulation femoro-tibiale, on n'agit que sur un petit nombre de rameaux appartenant à la 7e paire, sur beaucoup de ceux de la 8e et de la 9e paire. L'excitabilité croît vers le plexus lombaire et diminue de ce point jusqu'au creux poplité. C'est là le troisième point que ce travail a mis en évidence.

Dans la 4e partie, l'auteur a recherché l'influence d'une section transversale sur l'excitabilité des nerfs sensitifs. Le résultat est le même que Heidenhain a déjà établi pour les nerfs moteurs; c'est-à-dire que l'excitabilité du nerf sensitif se trouve exaltée dans le voisinage de la section et d'autant plus qu'on s'en approche davantage. DASTRE.

Calorimetrische Untersuchungen (Recherches calorimétriques), par Max RÜBNER (*Zeitschr. f. Biol. Band XXXI, p.* 250-410).

Ce mémoire très étendu a pour but de réformer les déterminations de Frankland, Danilewski et des auteurs récents relativement à la valeur utile des aliments. Il s'agit de déterminer en calories la force vive calorifique laissée dans l'organisme par les matériaux nutritifs, hydrates de carbone et substances azotées. Pour cela, l'auteur a repris la recherche des chaleurs de combustion en tenant compte des déchets que laissent les aliments dans l'urine et dans les fèces, et de chaleur consommée dans les changements d'état. — Les valeurs de combustion ont été fixées au moyen de l'appareil de Frankland, modifié pour les besoins d'une expérimentation plus précise. On a utilisé toutes les corrections légitimes proposées par Stohmann et Rechenberg. Après avoir décrit la technique de ses opérations, l'auteur a fixé la valeur thermique des comburants artificiels qu'il ajoute aux substances azotées dont il cherche la chaleur de combustion, graisses, acides gras et naphtaline. Dans un 4e chapitre il s'occupe de la combustion des matières azotées en général. Les paragraphes suivants sont relatifs à la nature des recherches nécessaires pour fixer la valeur calorifique physiologique de l'albumine, — à la chaleur de combustion de l'urée — à la chaleur de combustion des matériaux du muscle qui sont insolubles dans l'eau, — à la valeur de combustion physiologique du muscle, — à la valeur de combustion physiologique des albuminoïdes qui sont consommés pendant l'inanition en tenant compte toujours des déchets, — à la chaleur de combustion de la graisse. — C'est là la partie préparatoire du travail.

La seconde partie comprend les résultats. Des tableaux font connaître le nombre de calories produit par 1 gramme des substances suivantes : albumine (effet utile physiologiquement), 4,424 calories; muscle : 4,000; sub

stances reprises à l'organisme pendant l'inanition : 3,842 ; graisse : 9,423. Un homme de 67 kilogrammes, accomplissant un travail moyen de 9 à 10 heures, consomme une quantité de force vive égale à 2,843 calories en 24 heures. DASTRE.

Die Beziehungen des Gehirns zur Körperwärme und zum Fieber (Influence de l'encéphale sur la température du corps et sur la fièvre), par Ed. ARONSOHN et J. SACHS (*Archiv für die gesammte Physiologie, Band XXXVII*, p. 232).

Aronsohn et Sachs étudient chez le lapin, le chien et le cobaye la marche de la température rectale, musculaire et superficielle, l'intensité des échanges respiratoires (absorption d'oxygène et production de CO^2 mesurée au moyen du spiromètre gradué de Pflüger) et les variations dans l'excrétion d'azote par les urines (dosage par la méthode de Kjeldahl modifiée par Pflüger), sous l'influence d'excitations mécaniques (par piqûre) des différentes parties de l'encéphale. Les hémisphères cérébraux n'influencent pas la thermogénèse et les combustions interstitielles. L'excitation mécanique et électrique de la partie interne du corps strié dans le voisinage du *nodus cursarius* de Nothnagel est suivie d'une élévation notable de la température interne (atteignant son maximum au bout de 24-70 heures), d'une élévation de la température musculaire et cutanée, d'une augmentation notable de l'intensité des échanges respiratoires et de l'excrétion d'azote par les urines. Les phénomènes qui suivent la piqûre de la région en question sont donc en tout semblables à ceux d'une fièvre intense. La piqûre des parties de l'encéphale situées plus près de la base et en arrière produisent une augmentation plus rapide de la température (maximum au bout de 2-4 heures) et de la thermogénèse.

L'auteur de cette analyse a publié en 1882 (*Archives de biologie*, vol. IV, p. 750) des expériences analogues. Il avait démontré au moyen du spiromètre gradué que l'excitation par piqûre de la région du système nerveux central située à la limite de la moelle allongée et de la protubérance annulaire a pour effet d'augmenter notablement la consommation d'oxygène et la production de chaleur et il avait été conduit à y localiser une partie des centres présidant à la thermogénèse. LÉON FREDERICQ.

Experiments with the sens of touch (Expériences sur le sens du toucher), par John-B. HAYCRAFT (*The Journal of Physiology, vol. VI*, p. 293).

Bien que l'œil soit seulement capable de recevoir 15 à 20 stimulations distinctes en une seconde, on admet généralement à tort que des stimulations beaucoup plus fréquentes peuvent être perçues par l'ouïe ou le toucher. — Il est absurde de dire que l'oreille peut entendre séparément 132 battements à la seconde et le doigt sentir les 1,400 contacts d'une roue dentée. — Dans la réalité, il y a fusion des sensations lorsque le nombre des contacts dépasse 20 à 30. Au delà, on éprouve une sensation de rugosité due à la rapidité de la stimulation tactile plutôt qu'à l'appréciation isolée de ses éléments. Ces éléments, nous ne les connaissons alors que par les autres sens, par exemple, par la vue. — Cette sensation de rudesse qui est pour le toucher ce que la hauteur est pour un son est d'un intérêt réel pour la physiologie. Nous apprécions moins d'une octave

par la vue, onze octaves par l'ouïe — et, comme sens de rugosité (de 30 à 1,400), cinq octaves. — Mais l'utilité de cette faculté de distinguer les impressions de rugosité dépend de l'acuité de ce sens. Pour l'apprécier, l'auteur a construit un instrument parculier. Il a reconnu au moyen de cet instrument qu'une personne ordinaire peut distinguer deux sensations tactiles dont le nombre des chocs correspond à un demi-ton musical. DASTRE.

On bronchial contraction, par C. ROY et Graham BROWN (*The Journal of Physiology, vol. VI, p.* 21).

On sait peu de chose relativement à la contraction des bronches, sauf qu'elle est provoquée par l'excitation électrique du nerf vague. Pour étendre nos connaissances sur cet objet, les auteurs ont eu recours à une méthode très simple. L'animal (chien) est curarisé ou chloroformé, le thorax est ouvert, la respiration artificielle pratiquée. Par une ouverture faite à la trachée on introduit un tube offrant une courbure convenable. Ce tube est en verre et présente un diamètre intérieur de 1 millimètre. Il est poussé jusqu'au milieu du lobe inférieur du poumon droit. Son extrémité bronchique est recouverte d'un anneau membraneux formé d'un fragment d'intestin de lapin, fermé à une extrémité, lié par l'autre autour du tube de verre, de telle sorte que ce tube n'a d'autre ouverture libre que son extrémité supérieure. Celle-ci est en rapport avec l'instrument enregistreur nommé oncographe, et qui n'est autre chose qu'un appareil enregistreur capable d'inscrire les changements de volume des réservoirs avec lesquels on le met en rapport sans déterminer de changements de pression. Avec ce dispositif, les auteurs ont pu vérifier les faits suivants :

1° Chez le chien curarisé la stimulation d'un nerf vague intact par le courant induit produit la contraction des bronches dans les deux poumons ; 2° la section d'un nerf vague détermine habituellement une expansion marquée dans les bronches du poumon correspondant et celle-ci peut être précédée par une contraction temporaire légère, due sans doute à l'excitation que cause la section; 3° l'excitation du bout périphérique d'un vague coupé provoque une contraction des bronches des deux poumons beaucoup plus puissante que lorsque la même excitation est portée sur le nerf intact; 4° l'excitation du bout central d'un vague, l'autre étant intact, détermine encore une contraction : mais celle-ci est moins marquée que dans le cas où l'on excite le bout périphérique du nerf coupé ; 5° souvent, lorsque l'animal, au lieu d'être curarisé, est narcotisé par l'éther, la stimulation de l'extrémité centrale d'un vague coupé, l'autre étant intact, détermine une dilatation considérable des bronches; 6° chez ces mêmes animaux, la stimulation d'un nerf intact, l'autre étant coupé, provoque une dilatation notable des bronches; 7° la grandeur de ces changements varie beaucoup : lors de l'excitation du bout périphérique du vague coupé, le diamètre des bronches se trouve réduit à 1/2 ou 1/3; 8° les dilatations sont du même ordre de grandeur; 9° ces faits montrent que les nerfs vagues contiennent des filets centripètes capables de produire la contraction et l'expansion. Dans quelques cas, ce dernier effet prédomine; 10° la différence très marquée qui existe entre les effets

de l'excitation du nerf intact et du bout périphérique sectionné s'explique par une action inhibitoire exercée sur un centre supérieur par les filets centripètes; 11° le fait que la contraction et la dilatation bronchiques peuvent être obtenues par action réflexe sur le système cérébro-spinal peut s'expliquer par l'hypothèse suivante : ou bien il y a un centre tonique exerçant une action constante sur les muscles des bronches, action qui peut être inhibée par un stimulus centripète; ou bien il y a deux centres préposés chacun à une espèce d'action; 12° le fait signalé précédemment (6) semble montrer que les nerfs dilatateurs sont mis en action postérieurement aux constricteurs; 13° il y a autour des bronches de nombreuses masses ganglionnaires; 14° l'asphyxie par arrêt respiratoire détermine habituellement une contraction des bronches, rarement une dilatation chez les chiens curarisés. Après la section des deux vagues, l'asphyxie n'a plus d'effet; 15° l'excitation d'un nerf centripète, autre que le vague, a peu ou pas d'effet sur les bronches; 16° il en est de même pour l'excitation directe portée sur les viscères; 17° la raison d'être de ce mécanisme contractile est restée obscure; 18° ces mécanismes constricteurs et dilatateurs peuvent servir à l'explication pathogénique de l'asthme; 19° l'atropine paralyse complètement l'appareil constricteur : la nicotine a une action dilatatrice. DASTRE.

Ueber die Bedeutung des negativen Thoraxdruckes (Sur la signification de la pression négative intrathoracique), par Rudolf COHN (*Arch. f. d. ges. Physiol. XXXVII, p.* 209).

On attache généralement une grande importance à l'action que le vide thoracique exerce sur la circulation de retour du sang veineux. Cohn montre que l'on peut supprimer l'aspiration thoracique (percer la paroi thoracique à droite et à gauche, de manière à permettre la rentrée de l'air dans les deux cavités pleurales, puis fermer hermétiquement les orifices artificiels) sans que la vie de l'animal soit menacée et sans que la circulation ni la respiration soient troublées notablement. La pression artérielle reste la même. La fréquence et l'amplitude des mouvements respiratoires varient à peine. Mais il faut pour cela que les orifices des plèvres aient été refermés au moment de la phase d'expiration, surtout à la fin de l'expiration. Si on referme le thorax à la phase d'inspiration, principalement au sommet de l'inspiration, l'animal meurt d'asphyxie en peu d'instants. L. F.

I. — Untersuchungen über Resorption und Assimilation der Nährstoffe (Recherches sur la résorption et l'assimilation des substances alimentaires, par F. HOFMEISTER (*Archiv für experimentelle Pathologie und Pharmakologie, Band XIX, Heft* 1 *et* 2, *p.* 1, 1885).

II. — *Idem*, par F. HOFMEISTER (*Ibid., Band XX, Heft* 3, *p.* 291, 1885).

I.— Dans un travail antérieur, l'auteur, après avoir exposé les résultats d'une première série d'expériences, avait formulé cette conclusion : que la résorption des peptones dans l'intestin n'est pas un phénomène purement mécanique de diffusion ou de filtration; qu'elle représente une fonction dévolue à certaines cellules vivantes, aux leucocytes, lesquels jouent par rapport à l'assimilation des matières albuminoïdes un rôle

analogue à celui que jouent les globules rouges dans la fonction respiratoire.

L'auteur a continué ses recherches, et il a résumé dans les propositions suivantes les résultats de cette seconde série d'observations :

1° La peptone en circulation dans le sang ne s'y trouve pas à l'état de liberté, en dissolution, elle est combinée avec des cellules. C'est par l'intermédiaire de celles-ci qu'elle est transportée aux lieux d'assimilation.

2° Les tissus adénoïdes de la muqueuse intestinale et principalement les plaques de Peyer sont, chez les animaux bien nourris, le théâtre d'une prolifération très active de cellules vivantes. Le nombre des éléments qui figurent à l'œil de l'observateur des noyaux en voie de segmentation dans les follicules et la richesse en jeunes cellules des canaux lymphatiques qui émergent de ces follicules sont dans une dépendance manifeste de l'activité de l'apport nutritif.

3° Comme les cellules lymphatiques des tissus adénoïdes sont très pauvres en protoplasma et constitués presque exclusivement par des noyaux, il y a lieu d'admettre que l'assimilation de l'albumine digérée s'y fait sous forme de substance nucléaire. — Les recherches de l'auteur ont démontré ce fait, dont il relève l'importance, comme quoi il est possible de transformer d'une façon très simple la peptone et l'hémialbuminose en une substance qui se rattache au groupe des nucléines tant par sa constitution chimique que par ses réactions colorimétriques.

L'auteur ne croit pas trop s'avancer en considérant la néoformation si active de cellules lymphatiques qui s'opère dans la muqueuse intestinale comme l'expression morphologique des processus chimiques d'assimilation qui se passent dans cette muqueuse.

II. — Dans ce second mémoire, l'auteur, partant de cette hypothèse que, dans l'estomac et l'intestin, l'assimilation des peptones et leur transport aux éléments anatomiques des organes sont dévolus aux cellules lymphatiques distribuées à la face profonde de la muqueuse, étudie l'organisation et la répartition du tissu adénoïde sous-muqueux dans l'épaisseur de la paroi gastro-intestinale du chat. Il arrive à montrer que ce tissu est le plus largement représenté dans la portion du tube digestif (intestin grêle, région pylorique de l'estomac), au niveau de laquelle la résorption des peptones atteint sa plus grande activité. Il développe ensuite les raisons pour lesquelles il y a lieu d'admettre que la résorption doit se faire dans les points où le tissu adénoïde double la face profonde de la muqueuse, et que les cellules lymphatiques, après s'être imprégnées des peptones assimilées, transportent ensuite celles-ci dans les points où se manifestent les besoins de réparation organique. Un prochain mémoire sera consacré à faire connaître le mécanisme suivant lequel s'effectue cette imprégnation des cellules lymphatiques par les peptones et l'assimilation de celles-ci. E. RICKLIN.

I. — Ueber die Bedeutung der Cellulose-Gährung für die Ernährung der Thiere (Signification de la fermentation cellulosique pour la nutrition des animaux), par W. HENNEBERG et F. STOHMANN (*Zeitschr. f. Biol. Band XXXI, p.* 613 *et* 625).

II. — Ueber die Mengen der vom Wiederkäuer in den Entleerungen ausges-

chiedenen flüchtigen Säuren (Sur les quantités d'acides volatils contenues dans les excreta des ruminants), par **H. WILSING** (*Ibid. p.* 625).

I. — Henneberg et Stohmann ont démontré (1857-1862) que le ligneux, que l'on regardait comme échappant à toute digestion et dépourvu de toute valeur alimentaire, était en réalité utilisé dans le tube digestif du bœuf. Cette substance remplace d'autres hydrates de carbone. *Tappeiner* a prétendu que la cellulose subissait seulement une fermentation due à l'intervention des bactéries et produisant de l'acide carbonique, du gaz des marais, parfois de l'hydrogène, de l'acide acétique et de l'acide butyrique. Les trois premiers produits seraient rejetés à l'état gazeux : les deux derniers rejetés pour la plus grande partie avec les excréta solides et liquides. — La valeur nutritive de la cellulose serait donc très faible. — C'est le point essentiel que contredisent les auteurs. — Ils reprennent le travail de Tappeiner et contestent ses évaluations. Cet auteur aurait commis une erreur évidente, puisque les produits qu'il fait dériver de la cellulose contiendraient environ 60 0/0 de carbone de plus que cette cellulose même.

En réalité, en fixant 5.82 d'eau, 100 grammes de cellulose peuvent donner 33gr,63 d'acide carbonique, 4.70 de gaz des marais, 0.35 d'hydrogène, 33.51 d'acide acétique et 33gr,63 d'acide butyrique. — La moitié de l'acide acétique et de l'acide butyrique (en tout 67 gr.) devrait être rejetée par les urines et les excréments. Or, les auteurs n'ont pas trouvé de quantités notables d'acides organiques dans l'urine d'animaux alimentés avec la cellulose, sauf de l'acide hippurique.

Pour ce qui concerne l'acide butyrique, un chien, à qui cette substance neutralisée par la soude était donnée en quantité notable avec sa ration, n'a présenté dans les urines qu'une très faible augmentation d'acides organiques. Avec l'acétate de soude l'augmentation était plus appréciable : elle était de 1gr,6 pour 25 grammes du sel. — Un bouc qui recevait 233 grammes de cellulose, capables de donner 157 grammes d'acides volatils, n'éliminait par les urines et les excréments que 3gr,8, c'est-à-dire moins de 3 0/0 de la quantité ingérée. — Dans la réalité les produits de la décomposition de la cellulose seraient utilisés. — En calculant la chaleur de combustion de ces composés (abstraction faite du gaz des marais qui peut être éliminé en nature), on trouve que 85 0/0 de la cellulose peuvent avoir une valeur utile et remplacer la graisse à peu près à équivalence du tiers.

II. — Le travail de Wilsing a été entrepris à l'instigation des précédents auteurs. Il a opéré sur un bouc du poids de 69 kilogrammes qui recevait chaque jour 1kil,5 de foin, et il recueillait les urines et les fèces pour y déterminer la quantité des acides volatils. Il a trouvé ainsi que 4 grammes seulement de substance sur 157 grammes d'acides produits se retrouvaient dans les excreta. La partie inutilisée est donc seulement de 2.6 0/0.

DASTRE.

I. — **Ueber den Nährwerth einiger Verdauungs-producte des Eiweisses** (Sur la valeur nutritive de quelques produits de digestion de l'albumine), par **S. POLLITZER** (*Archiv für die gesammte Physiologie, Band XXXVII, p.* 301).

II. — **Ueber den Nährwerth der sogenannten Fleischpeptone** (Sur la valeur nu

tritive des peptones de viande du commerce), par N. ZUNTZ (*Archiv für gesammte Physiologie, Band XXXVII, p.* 313).

I et II.— Pollitzer et Zuntz étudient chez le chien la valeur nutritive de différents produits de la digestion de l'albumine, en pesant chaque jour l'animal en expérience et en déterminant rigoureusement la quantité d'azote des ingesta et des excreta (urine et excréments).

La peptone et les hémialbumoses (propeptone) ont une valeur nutritive supérieure à celle de la viande. Elles peuvent remplacer celle-ci dans l'alimentation, provoquent l'augmentation de poids de l'animal et le dépôt d'azote dans les tissus, tandis que l'emploi de la gélatine comme aliment azoté amène une augmentation considérable dans l'excrétion de l'azote, et par conséquent un appauvrissement en azote des tissus. Ces expériences ont été faites avec des produits relativement purs préparés au laboratoire.

Elles ont été répétées ensuite, en fournissant les mêmes résultats, avec des préparations commerciales dites peptones, mais formées en réalité principalement de propeptone et ne contenant que des traces de peptone proprement dite (peptone de Kemmerich et peptone de Koch).

L. F.

Ueber die Innervation des Dünndarmes (Innervation de l'intestin grêle), par EHRMANN (*Wien. med. Jahrb., Heft* 1, *p.* 111, 1885).

L'auteur a fait ses recherches sur des chiens curarisés. Il a commencé par isoler par deux sections un segment intestinal de 5 centimètres, dont l'une des extrémités était fixée par une pince et l'autre reliée à l'appareil qui devait enregistrer les variations de longueur de l'organe. Pour apprécier ensuite les contractions des fibres circulaires il plaçait dans la lumière de l'intestin un ressort compressible dont les mouvements s'inscrivaient sur le cylindre.

Les nerfs vagues étaient mis à nu au cou, les grands sympathiques dans la poitrine, et soumis aux excitations électriques.

Voici les résultats :

Les fibres longitudinales de l'intestin grêle ont pour nerf moteur le grand sympathique; leur nerf d'arrêt est le pneumo-gastrique : quand on excite ce dernier, on les paralyse.

Les fibres circulaires obéissent à des influences nerveuses précisément opposées : elles sont mises en mouvement par l'excitation du nerf pneumogastrique et paralysées par celle du grand sympathique.

De cette façon chaque système de fibres produit en se contractant la plus grande somme possible de travail utile, puisque l'influence nerveuse qui provoque son impulsion détermine en même temps l'arrêt du système contractile antagoniste. L. GALLIARD.

Note on the sound accompanying the single contraction of skeletal muscle (Note sur le son qui accompagne chaque contraction isolée des muscles ordinaires), par HERROUN ef Gerald YEO (*The Journal of Physiology, vol. VI, p.* 287).

La contraction musculaire s'accompagne d'un son correspondant à 36-40 vibrations à la seconde. On en a conclu que l'influx nerveux était

intermittent et que la contraction volontaire était une somme de contractions simples. Plus tard, lorsqu'on eut constaté que le battement cardiaque était une simple contraction, on invoqua ce fait contre l'hypothèse qui faisait du son systolique un ton musculaire.

L'explication du ton musculaire est à reprendre. C'est Wollaston (1810) qui a comparé le bruit produit par la contraction de l'avant-bras, lorsque l'extrémité du doigt est appliquée contre le conduit auditif, au bruit d'une voiture qui roule sur le pavé. Les limites du nombre des vibrations varieraient de 11 à 36. — Erman (1812) comparait le bruit produit par la contraction des masséters au ronronnement du chat. Collongues (1860) l'a comparé au bruit de mer d'une coquille. Helmholtz (1866) reprit la question avec soin et conclut que le bruit musculaire est un son de résonance de la membrane du tympan provoqué par des ébranlements irréguliers du muscle. Les auteurs ont recommencé cette étude en employant le stéthoscope bi-auriculaire, pour écouter un muscle de l'avant-bras sollicité par un choc d'induction. On entendit ainsi le son d'une contraction unique. — D'autre part, on excita les muscles du bras au moyen d'un excitateur pouvant donner de 1 à 120 chocs électriques à la seconde. La conclusion c'est que le bruit de la contraction musculaire n'est nullement en relation avec une intermittence régulière de l'influx nerveux naturel, mais qu'il dépend de trémulations dues aux variations de force ou de distribution du stimulant. Il suit de là que le premier bruit du cœur peut être un bruit musculaire, bien que la contraction cardiaque soit simple, puisque la contraction simple d'un muscle du squelette produit un bruit semblable. DASTRE.

Ueber die Veränderungen der Pupille nach dem Tode... (Des modifications de la pupille après la mort et de l'action de quelques alcaloïdes sur la pupille morte), par MARSHALL (*Wiener mediz. Blätter*, 1885).

1° *État des pupilles au moment de la mort.* — Sur 17 malades l'auteur a trouvé 15 fois une dilatation de la pupille (plus de 5^{mm} de diamètre) au moment même de la mort; 6 fois la dilatation survint exactement avec la mort; 6 fois elle la précéda de peu de temps; 3 fois elle se montra quelques heures avant la mort. Dans un cas de dysenterie on observa une dilatation inégale des pupilles, et des deux malades dont les pupilles ne changèrent pas, l'un était atteint de pyémie et l'autre d'hémorragie cérébrale.

2° *Modifications des pupilles après la mort.* — Les recherches ont porté sur 35 sujets dans les 3 ou 4 premiers jours qui ont suivi la mort. Sur ces 35 individus, 32 ont présenté une contraction pupillaire à degré variable; 3 n'ont pas été examinés assez tôt après la mort pour permettre la conclusion que leurs pupilles ne s'étaient pas modifiées. La moindre contraction pupillaire se montra sur les sujets qui ne présentaient pas de mydriase au moment de la mort; en outre, le degré de la contraction ne paraissait pas influencé ni par l'âge ni par la maladie qui a amené la mort du sujet. 11 fois sur 14 on a pu constater le myosis déjà une heure après la mort. Dans 26 cas, le diamètre moyen des contractions pupillaires après 24 heures était de 4^{mm},6. Dans 13 cas, au bout de 48 heures ce diamètre moyen était de 3^{mm},8.10 fois sur 25 cas, la contraction pupillaire

était inégale et 8 fois c'était la pupille droite qui était la plus rétrécie ; on n'a pas pu trouver l'explication de ce fait.

Dans 2 cas sur 25 observés on a pu constater une dilatation pupillaire produite après la mort, mais au bout de quelques heures la contraction s'établit définitivement. Sur des cadavres dont la mort remontait à environ 3 semaines, l'auteur a constaté un myosis peu considérable. Dans 5 cas on appliqua sur les yeux un bandeau noir immédiatement après la mort pour empêcher l'action de la lumière, et l'on constata que la contraction pupillaire se produisit tout de même. Dans 3 cas on évacua l'humeur aqueuse, une fois 1 heure, une fois 3 heures après la mort, sans modification de la pupille ; la troisième fois on évacua l'humeur 25 minutes après la mort, et au bout de 10 minutes la pupille correspondante se dilata de 1 millimètre et demi.

De ces observations l'auteur conclut que le myosis postmortel ne dépend nullement de la rigidité cadavérique et n'a aucun rapport avec celle-ci.

3° *Action de l'atropine sur l'œil mort.* — Ayant instillé dans les yeux de l'atropine, 1, 3 et 4 heures après la mort, Marshall put constater une mydriase d'autant plus notable et durant d'autant plus longtemps que la mort etait plus récente ; des instillations d'atropine, 6, 13 et 24 heures après la mort, n'eurent aucune action sur l'état pupillaire.

4° L'instillation ou l'injection d'ésérine après la mort détermine la contraction pupillaire, mais son action dure moins longtemps que celle de l'atropine. Tandis que l'instillation de l'ergotine après la mort n'a aucune action sur la pupille, l'injection de ce médicament dans l'iris ou dans la chambre antérieure provoque la contraction de la pupille, même deux heures après la mort. Lorsqu'on injecte de la pilocarpine dans l'œil mort, on provoque un faible myosis. M. SCHACHMANN.

Ueber das Vorkommen von indirecter Kerntheilung im Corpus luteum (De la segmentation indirecte du noyau dans le corps jaune), par Alfons BENCKISER (*Archiv für Gynækologie, Band XXV, Heft* 3).

L'auteur complète les recherches qu'il a publiées (*R. S. M.*, XXV, p. 412). Les phénomènes de segmentation du noyau lui avaient échappé. Leur existence ne pouvait cependant être mise en doute dans un tissu en voie de prolifération aussi active. Trois nouveaux corps jaunes provenant d'ovaires enlevés par voie d'opération lui ont fourni toutes les phases de segmentation indirecte du noyau. Ces phénomènes histologiques sont d'autant plus nets que le durcissement des pièces par l'alcool a été plus rapide et plus complet. Les plaques équatoriales dominent : les formes en étoiles et en pelotons se rencontrent en égale proportion. Les formes en étoiles et les plaques équatoriales offrent fréquemment l'aspect de bâtonnets accolés. L'auteur n'a rencontré que deux fois la segmentation multiple. Il a vu fréquemment le noyau se contourner en forme d'*s* italique : parfois il a vu dans la même cellule deux noyaux longs, elliptiques, serrés l'un contre l'autre et paraissant ne former qu'une masse homogène à un faible éclairage. Ces formations se retrouvent dans toutes les parties du corps jaune : le travail de segmentation semble présenter son maximun d'activité non à la périphérie, mais dans les couches moyennes du corps jaune, à égale distance du coagulum et de la périphérie. H. DE BRINON.

PATHOLOGIE EXPÉRIMENTALE.

Sur une espèce d'anesthésie artificielle, sans sommeil, et avec conservation parfaite de l'intelligence, des mouvements volontaires, des sens et de la sensibilité tactile. Note, par BROWN-SÉQUARD (*Compt. rend. Acad. des Sciences*, 2 *juin* 1885).

Depuis décembre 1882, l'auteur a appelé l'attention sur l'anesthésie produite par une irritation de la muqueuse du larynx ; il s'agit dans ce phénomène d'une influence inhibitoire, exercée par les nerfs laryngés supérieurs sur les centres nerveux. D'après des expériences faites surtout sur des singes, de tous les agents d'irritation du larynx capables de provoquer cette analgésie, l'acide carbonique et le chloroforme sont de beaucoup les plus puissants; mais on obtient aussi des résultats, moins parfaits il est vrai, par la galvanisation des nerfs laryngés supérieurs ou même du larynx entier, par la cautérisation de la muqueuse laryngée à l'aide du chloral anhydre, du nitrate d'argent, par la malaxation du larynx, par le passage d'un tube ou d'un doigt dans le canal laryngien, par la section de la trachée, par une simple incision de la peau du cou.

La difficulté, pour rendre ces faits applicables à l'homme, est très grande, puisque chez le chien et le singe on ne peut réussir complètement que si l'on ouvre la trachée, et si l'on y place un tube de manière à permettre la respiration d'un air pur, pendant qu'on fait arriver soit de l'acide carbonique, soit des vapeurs de chloroforme sur le larynx, car il est essentiel que ces substances ne pénètrent pas dans les poumons, leur entrée dans le sang empêchant l'influence analgésiante des nerfs laryngés sur les centres nerveux. Pour appliquer ces données à l'homme, un seul procédé a pu donner des résultats. Il consiste à inhaler de l'air pur pendant les deux tiers de chacune des inspirations, et à achever celles-ci en inhalant de l'acide carbonique qui doit être expulsé immédiatement par une expiration.

M. DUVAL.

Ueber Vagusreizung in der Chloroformnarkose, par AMRUS (*Soc. des méd. de Vienne*, 8 *mai* 1885).

Chez des animaux plongés dans un sommeil chloroformique profond, la faradisation faible du bout périphérique du nerf vague après section au cou donne les effets suivants:

L'arrêt du cœur dure fort longtemps, si l'on tient compte de la faiblesse du courant, quand l'électrisation est continue (souvent plus d'une minute).

Il y a dans chaque cas particulier une certaine intensité de courant qu'il faut atteindre, mais qu'il ne faut pas dépasser, pour obtenir la durée maximum d'arrêt du cœur.

Quand l'arrêt a duré 25 ou 30 secondes, on voit la respiration se suspendre à son tour ; on est averti du phénomène par la tétanisation des membres.

Sur 12 cas, l'auteur a vu deux fois la mort survenir dans ces conditions. D'autres fois la prolongation de l'électrisation n'empêchait pas le retour des battements du cœur et des mouvements respiratoires.

L. GALLIARD.

The respiratory function of the human larynx, from experimental studies in the physiol. laboratory of Harvard Univ., par Franklin H. HOOPER (*New York med. journ.*, 4 *juillet* 1885).

Dans ce travail expérimental, l'auteur insiste sur l'importance physiologique du muscle crico-aryténoïdien postérieur et sur les conditions qui président à son fonctionnement normal. Pour expliquer la prédominance de la paralysie de ces muscles à la suite des lésions ou compressions du récurrent, on a admis une prédisposition des fibres nerveuses abductrices tenant peut-être à leur disposition excentrique dans le tronc nerveux. Hooper n'admet pas cette explication : il y a vraisemblablement des centres indépendants, et tout s'explique alors dans le cas de lésions centrales. Pour les lésions périphériques, ce qu'on peut dire, c'est que les filets nerveux respiratoires contenus dans le récurrent proviennent de sources plus variées que les filets nerveux qui commandent la phonation.

Dans les conditions ordinaires, l'excitation des récurrents provoque la constriction de la glotte ; cela tient-il à ce que les muscles respirateurs sont toujours en alerte, défendant l'entrée des voies aériennes ? Cette action est suspendue pendant l'état narcotique. Si l'on vient alors à exciter le nerf, l'effet n'est plus le même.

Hooper a expérimenté sur des chiens chez lesquels on mettait à nu le larynx, la trachée et les nerfs récurrents. Après anesthésie complète par l'éther, on excitait le récurrent et l'on voyait alors, au lieu d'une constriction, l'abduction de la corde vocale correspondante, la dilatation de la glotte. A mesure que l'anesthésie s'effaçait, l'excitation provoquait la constriction.

L'irritation du bout périphérique, après section, détermine les mêmes phénomènes. Sur le cheval (une seule exp., anesthésie par le chloroforme), le résultat a été inverse, c'est-à-dire qu'il y a eu la constriction de la glotte.

Dans le but de constater si certaines fibres du récurrent étaient plus attaquées que d'autres, on irrita et on détruisit progressivement le tronc nerveux au moyen d'un cristal d'acide chromique. Après anesthésie, les résultats de l'excitation furent à peu près les mêmes que dans les autres expériences.

Hooper conclut qu'il n'y a pas d'analogie à établir entre les crico-aryténoïdiens postérieurs et les muscles extenseurs, que ce sont des muscles respiratoires, ayant une fonction toute spéciale. A. CARTAZ.

Ueber den Einfluss des inducirten und constanten Stromes auf die Thätigkeit des menschlichen Herzens (De l'influence du courant induit et du courant constant sur le fonctionnement du cœur chez l'homme), par L. HERBST (*Archiv für experimentelle Pathologie und Pharmak.*, *Band XVIII*, *Heft* 5 *et* 6, *p.* 422).

Herbst a expérimenté d'abord sur deux chiens dont le cœur, mis à nu,

a été soumis à des applications du courant faradique. Il a constaté que cette faradisation directe entraîne comme résultat constant une diminution instantanée de la pression intra-vasculaire, et un ralentissement des contractions cardiaques, qui, pour peu que l'expérience se prolongeât, aboutissait à l'arrêt du cœur. Les ventricules cessaient de battre avant les oreillettes. Ce résultat concorde avec ceux qu'avaient obtenus précédemment S. Mayer et Einbrod.

Herbst a ensuite fait des expériences sur l'homme, pour étudier l'influence qu'exerce sur la circulation et la respiration l'électrisation du cœur à travers les parties molles (un pôle sur la région précordiale, l'autre sur la colonne vertébrale) ; sur plus de 100 sujets, il a constaté que, pas plus avec le courant faradique qu'avec le courant galvanique, il était possible de modifier le rythme des mouvements respiratoires et cardiaques ou la pression intra-vasculaire. A la vérité, lors des premières expériences, on avait constaté qu'en jugeant de la pression intravasculaire d'après les résultats fournis par l'appareil de Marey appliqué sur la cubitale à *gauche*, une élévation de pression se produisait lorsque l'un des pôles d'un appareil d'induction était appliqué sur la région précordiale, et l'autre sur le rachis au niveau de l'angle de l'omoplate. Et comme cette augmentation de pression faisait défaut quand le pôle antérieur était placé sur le point symétrique de la moitié *droite* du thorax, on en avait conclu d'abord qu'elle dépendait d'une excitation des nerfs intra-cardiaques. Mais quand on eut appliqué l'appareil enregistreur sur la cubitale droite, l'élévation de pression ne se produisit plus qu'autant que le pôle antérieur était appliqué sur la moitié droite du thorax. Force fut donc d'y voir un effet, purement local, de l'électrisation du plexus brachial.

E. RICKLIN.

On secondary and tertiary degeneration in the spinal cord of the dog (Sur les dégénérescences secondaire et tertiaire dans la moelle du chien), par **Ch. SHERRINGTON** (*The Journal of Physiology, vol. VI, p.* 177).

L'étendue de la zone corticale dont la lésion détermine une dégénération du faisceau pyramidal est mal délimitée en arrière. Il semble qu'elle s'étende au delà des bornes fixées par Hitzig et Landois et qu'elle embrasse les « centres sensoriels » de Ferrier. L'auteur désigne sous le nom d' « aire des cordons » toute la région de l'écorce dont les lésions déterminent une dégénération dans les cordons médullaires. — Il s'est proposé de rechercher si, oui ou non, la place du tractus dégénéré dans la colonne latérale variait avec le point de l'aire des cordons qui est primitivement lésé. — Voici ses conclusions :

La lésion de « l'aire des cordons » dans un hémisphère produit une dégénération des deux moitiés de la moelle dans l'angle dorsal des colonnes latérales. Il n'y a pas de raison de penser que cette dégénérescence bilatérale est celle des deux tractus pyramidaux entre-croisés. Les symptômes cliniques d'une altération corticale unilatérale sont bilatéraux et concordent ainsi avec les modifications anatomiques. Chez le chien, une destruction très étendue des deux tractus pyramidaux laisse subsister complètement le pouvoir volontaire et ne se traduit que par un peu de maladresse dans l'exécution des mouvements difficiles. Chez le même

animal la dégénération du tractus pyramidal s'accompagne de l'exagération des réflexes. L'auteur emploie le terme de dégénération tertiaire proposé par Langley pour une modification particulière qui a les caractères histologiques de la myélite chronique. L'histologie et la chronologie des dégénérations secondaire et tertiaire de la moelle sont différentes de la dégénération Wallérienne des nerfs périphériques. DASTRE.

Ueber sogenannte « Chorea » beim Hund (Sur la prétendue chorée du chien, par H. QUINCKE (*Archiv für experim. Pathologie und Pharmakologie, Band XIX, Heft 4 et 5, p.* 370, 1885).

Quincke se trouvant en possession d'un chien atteint de l'affection convulsive qu'on a coutume de désigner sous le nom de chorée des chiens, a étudié l'influence qu'exerçaient sur les mouvements choréiformes les agents suivants :

Morphine (0gr,03 en injections sous-cutanées) : sommeil profond; presque plus de mouvements réflexes ; les secousses choréiques persistent avec leur fréquence et leur intensité habituelles.

Chloral (2 grammes en injections sous-cutanées) : les secousses sont plus faibles, plus rares (80 au lieu de 96) et plus irrégulières avant que l'animal succombe au sommeil. Pendant le sommeil, elles persistent dans la patte antérieure du côté droit.

Inhalations d'éther : disparition complète des secousses, avant même que l'animal ait complètement perdu connaissance. Au réveil de l'animal, les secousses réapparaissent, d'abord dans la patte antérieure du côté droit.

Galvanisation de la colonne vertébrale (portion cervicale et lombes, peau rasée ; pile à 40 éléments) : sans influence aucune sur les mouvements choréiformes, aussi bien avec le courant ascendant qu'avec le courant descendant.

Section de la colonne vertébrale, au-dessus de l'avant-dernière vertèbre dorsale ; hémi-section à droite, suivie de la section entière. Les secousses choréiformes cessent d'abord dans la moitié droite, puis dans la moitié gauche de l'arrière-train. La tête et les pattes de devant continuent d'être agitées par de fortes secousses. Température anale, 38°,3, et, 4 heures plus tard, 40°,8. On entretient la respiration artificielle et on pratique une seconde section de la moelle au niveau de la troisième vertèbre cervicale. Au sortir de l'anesthésie par les vapeurs d'éther, l'animal est d'abord pris d'un tremblement dans les pattes de devant, puis de mouvements choréiformes rythmés, moins étendus, moins réguliers et un peu moins fréquents qu'au début de l'expérience. L'observation est prolongée pendant une heure ; puis on sacrifie l'animal, pour s'assurer que la section de la moelle a été complète. L'examen histologique des centres nerveux n'a pu avoir lieu par suite d'un accident.

Après avoir fait remarquer que la chorée des chiens n'a guère été étudiée jusqu'ici qu'en France, Quincke insiste sur l'inefficacité de la galvanisation de la colonne vertébrale, constatée dans ses expériences, résultat qui est en contradiction avec ceux qui ont été annoncés par des expérimentateurs français. E. RICKLIN.

Ueber die Pathogenese der Epilepsie, par P. ROSENBACH (*Arch. f. path. An. u. Phys., Band XCVII, Heft* 3, *p.* 369).

Dans ses expériences l'auteur s'est servi de chiens ; il considère que les expériences faites sur le lapin ou le cobaye ne donnent pas de résultats assez nets. Il ouvre le crâne de ses animaux avec le trépan, puis emploie deux méthodes inverses : ou bien il détruit une partie de l'écorce cérébrale, soit avec le thermo-cautère, soit avec une cuiller tranchante, ou bien il excite les centres corticaux avec les électrodes métalliques de l'appareil de Du Bois-Reymond. Ses conclusions sont les suivantes : les accès convulsifs produits chez le chien par l'excitation électrique du cerveau sont le résultat de l'excitation des centres corticaux moteurs et présentent la plus grande analogie avec ce que l'on désigne chez l'homme sous les noms d'épilepsie corticale et d'épilepsie idiopathique. Entre ces deux formes d'épilepsie corticale et idiopathique, il n'y a pas, au point de vue pathogénique, de différence essentielle. Cependant, puisque dans l'épilepsie corticale il y a des lésions manifestes du cerveau et que son évolution n'est pas la même que celle de l'épilepsie idiopathique , il est nécessaire de continuer à distinguer l'une de l'autre ces deux manifestations. Les attaques convulsives de la grande épilepsie idiopathique et même les accès de petit mal sont dus à une excitation anormale portant primitivement sur l'écorce cérébrale. Les variétés que l'on observe dans ce tableau clinique de l'épilepsie dépendent des variations dans le mode et de l'intensité de l'excitation pathologique portant sur les centres corticaux. La théorie qui attribue à une lésion du bulbe ou de la protubérance la production de l'épilepsie ne serait donc pas acceptable ; l'auteur pense que c'est une excitation anormale de l'écorce cérébrale qui est la cause de cette affection. P. GALLOIS.

Indication d'un nouveau mode de production de l'emphysème pulmonaire, par BROWN-SÉQUARD (*Compt. rend. de la Société de biologie*, 6 *juin* 1885).

L'auteur a montré il y a longtemps que la contractilité des bronches mise en jeu par l'acide carbonique est la grande cause de la dyspnée qui suit la section des deux nerfs vagues. A la suite de nombreuses expériences, il a reconnu aussi que dans l'asthme nerveux, de même que dans les lésions de la base de l'encéphale, l'emphysème a sa principale cause dans une excitation du nerf vague faisant contracter les petites bronches. L'auteur a constaté récemment que la contraction des petites bronches peut être assez forte pour pousser de l'air dans les vésicules terminales et les déchirer; il obtient la contraction des petites bronches en injectant une solution de sulfate de soude dans l'artère pulmonaire quelques minutes après la mort. L'emphysème pulmonaire apparaissant dans les lésions encéphaliques et dans l'asthme nerveux a sa cause, en partie du moins, dans un spasme des fibres musculaires des bronchioles, poussant l'air vers la terminaison de ces petits tubes. F. HENNEGUY.

Kritisches und Experimentelles zur Lehre von der Gefährlichkeit des Fiebers in der Schwangerschaft und im Wochenbett (Recherches critiques et expérimentales sur la question du danger de la fièvre dans la grossesse et les

suites de couches, par Max RUNGE (*Archiv für Gynækologie, Band XXV, Heft* 1).

L'auteur a publié, en 1877, des recherches expérimentales sur la question de l'influence qu'exerce sur le fœtus la température des femelles en gestation (*Archiv für Gynækologie, B.* XII, p. 16). Plus récemment, de nouvelles expériences sur la même question, exécutées en France par Doléris et Charpentier (*R. S. M.*, XIV, p. 39 et XXV, p. 240), sont venues infirmer, dans une certaine mesure, et modifier les résultats proclamés par l'auteur. Les premières expériences de l'auteur et celles de Doléris diffèrent en ce que l'auteur portait brusquement les animaux de la température normale à la température extrême 41°, 42°, tandis que Doléris faisait passer lentement et progressivement les animaux d'une température à l'autre. L'auteur concluait de ces premières expériences que l'élévation brusque de la température maternelle portée à un certain degré constituait un danger de mort pour les fœtus. Doléris établit, de son côté, que si l'on élève lentement la température maternelle (chez les lapines) ces animaux peuvent supporter, pendant un temps assez long, des températures internes de 41°, 42°, 42° 1/2, sans que les fœtus succombent. Il en conclut que dans les fièvres, ce n'est pas l'hyperthermie, c'est l'intoxication, qui est la cause de la mort des fœtus. L'auteur arrive exactement aux mêmes conclusions en se basant sur de nouvelles expériences qu'il vient de faire à Dorpat. Mais il maintient, d'autre part, l'exactitude des conclusions de ses premières expériences, qui ne sont en rien entamées par les expériences de Doléris. L'expérience clinique confirme d'ailleurs cette distinction qui ressort des recherches de Doléris et de Runge. Les températures extrêmes de la mère ne sont par elles-mêmes mortelles pour le fœtus, qu'autant qu'elles surviennent brusquement; ainsi les observations de Kaminsky (*Deutsche Klinik* 1866, n° 47), montrent la fréquence de la mort du fœtus dans les cas de fièvre récurrente où l'ascension de la température est particulièrement brusque. Dans la fièvre typhoïde, au contraire, Rousseau a vu la température atteignant 41° et oscillant pendant huit jours autour de 40°, sans que la grossesse soit interrompue, et l'enfant est arrivé vivant et à terme. (*Relations de la fièvre typhoïde avec la grossesse*, par Rousseau, Thèse de Paris 1882.)

H. DE BRINON.

I. — **Ueber den Kohlensäuregehalt des Blutes beim Fieber (Sur la richesse du sang en acide carbonique dans l'état fébrile), par MINKOWSKI** (*Archiv für experimentelle Pathologie und Pharmakologie, Band XIX, Heft* 3, *p.* 211).

II. — **Ueber die Umlaufsgeschwindigkeit des Blutes im Fieber (Sur la rapidité du parcours du sang dans la fièvre), par E. WOLFF** (*Ibidem, Band XIX, Heft* 4 *et* 5, *p.* 265).

I. — A l'instigation de Naunyn, Minkowski a institué des expériences dans le but : 1° de recueillir de nouvelles preuves expérimentales comme quoi la diminution de la proportion d'acide carbonique du sang, pendant l'état fébrile, est dû, ainsi que l'a soutenu Geppert, à une diminution de l'alcalinité de cette humeur; 2° de rechercher la cause de cette diminution d'alcalinité, et 3° de rechercher si réellement l'abaissement du chiffre

de l'acide carbonique est proportionnel au degré de la fièvre, si c'est une conséquence directe de l'hyperthermie.

Les expériences ont été faites en majeure partie sur des chiens. Ceux-ci, après plusieurs jours d'un régime fixe, étaient soumis à un jeûne de vingt-quatre heures, durant lequel on déterminait la proportion normale d'acide carbonique contenue dans leur sang artériel. Au bout de quelques jours, quand les animaux étaient remis des suites de cette opération préalable, on leur injectait dans les vaisseaux une substance septique, de façon à leur donner la fièvre, et on déterminait une nouvelle fois la richesse du sang en acide carbonique. Résultat constant : diminution de la proportion d'acide carbonique dans le sang artériel, durant l'état de fièvre.

D'autres expériences ont donné des résultats qui tendent à faire croire que pendant l'état fébrile il se produit dans l'organisme une plus grande quantité d'acides qu'à l'état normal. Comme l'a fait remarquer Naunyn, c'est là une conséquence de l'usure plus grande des tissus, de l'autophagie. Or, ajoute Minkowski, pendant l'état fébrile, si les oxydations sont plus actives, les dédoublements de la matière organisée des tissus le sont encore davantage, et la plupart des produits de ces dédoublements sont des acides. Cependant les recherches qu'il a faites pour déceler l'acide lactique et l'acide oxybutyrique dans le sang de chiens fiévreux n'ont pas abouti. Pour ce qui est de la richesse relative du sang en bases alcalines à l'état de fièvre et à l'état physiologique, l'auteur se borne à faire ressortir la complexité du problème, et les difficultés techniques auxquelles se heurte l'expérimentateur en quête de la solution.

D'autres expériences ont fourni la preuve que la diminution de l'acide carbonique dans le sang des fiévreux n'est pas exclusivement une conséquence immédiate de l'élévation de la température interne, qu'il faut faire intervenir l'accélération de la respiration, les modifications imprimées aux échanges nutritifs, la rigidité musculaire tétanique qu'occasionne parfois l'hyperthermie, deux circonstances qui entraînent à leur suite une accumulation d'acides dans les humeurs et les organes. Enfin une dernière expérience a donné des résultats propres à faire admettre que l'abaissement du chiffre de l'acide carbonique contenu dans le sang artériel n'est pas proportionnel à l'élévation de la température interne, dans la fièvre septique.

II. — Il est généralement admis, sans preuves précises, qu'à l'état fébrile la vitesse du cours du sang est accrue. Dans ces derniers temps, Hueter, ayant mesuré directement cette vitesse à l'aide de l'appareil de Ludwig, chez des chiens rendus fiévreux, a constaté un ralentissement du cours du sang, et il a tiré parti de ce fait pour étayer sa théorie de la stase globulaire. Des recherches postérieures de Berns ont donné des résultats contradictoires de ceux de Hueter. Berns a fait valoir que le procédé employé par Hueter manquait de rigueur. Pour trancher la question, Wolff a entrepris, dans le laboratoire de Naunyn, des expériences ayant pour objet immédiat de déterminer la durée du cycle circulatoire, à l'état de fièvre. Il s'est servi du procédé recommandé naguère par Hermann (*Pflüger's Archiv*, t. XXXIII, p. 169) :

Injection, dans l'une des jugulaires, de 2 grammes d'une solution

contenant 25 0/0 de ferrocyanure de sodium; une canule introduite dans l'autre jugulaire donnait issue à du sang qui était recueilli sur un disque de laiton recouvert de papier blanc collé, et auquel un mouvement d'horlogerie imprimait un déplacement rotatoire. Le tout était complété par un appareil enregistreur galvanique, réglé par un pendule à secondes, qui inscrivait les secondes sur le rebord du disque. On pouvait ainsi noter l'instant précis où s'écoulait du sang chargé de ferrocyanure de potassium. 19 expériences ont abouti, dont 12 sur des animaux (lapins) en bonne santé et 7 sur des animaux auxquels on avait communiqué une fièvre septique (injection de sang putréfié ou d'une infusion de viande). Les résultats portent que chez les animaux de la première catégorie, la durée du cycle circulatoire a été en moyenne de 5,5 secondes, et que chez les fiévreux cette durée moyenne était plus considérable. Resterait à rechercher si cette augmentation de durée était le fait de l'infection ou de l'hyperthermie. E. RICKLIN.

Ueber die Folgen der Exstirpation der Schilddrüse (Des suites de l'ablation du corps thyroïde), par P. ALBERTONI et G. TIZZONI (*Centralbl. f. die med. Wiss.*, 13 *juin* 1885).

Divers expérimentateurs ont constaté que l'ablation du corps thyroïde est bien supportée par les lapins, tandis qu'elle amène la mort chez le chien. Albertoni et Tizzoni ont pu sauver 4 chiens sur 24.

Les phénomènes observés après cette opération sont des accidents convulsifs, de l'anesthésie, des accès dyspnéiques, des troubles de la circulation, enfin de l'albuminurie. Tous ces phénomènes, Albertoni et Tizzoni les expliquent par une altération du sang; après l'extirpation du corps thyroïde, le sang artériel ne renfermerait pas plus d'oxygène que le sang veineux; ce manque d'oxygène n'est pas imputable à des troubles mécaniques; car il se produit alors même qu'on a pratiqué la trachéotomie.

Albertoni et Tizzoni appellent aussi l'attention sur une lésion non encore signalée et dont ils n'expliquent pas la genèse: la dégénération des nerfs périphériques, même dans des régions éloignées du corps thyroïde; cette altération, analogue à celle que détermine l'élongation des nerfs, rend peut-être compte de certains troubles nerveux observés.

L. D.-B.

Ueber Regeneration und Neubildung der Lymphdrüsen (De la régénération et de la néoformation des ganglions lymphatiques), par K. BAYER (*Zeitschr. f. prakt. Heilk., Band VI, p.* 105).

Pour étudier le mode de régénération des ganglions lymphatiques, Bayer observe ce qui se passe chez des chiens à qui on a enlevé quelques-uns de ces organes; il a pu s'assurer que souvent il y a régénération des ganglions; dans les cas où il n'en est pas ainsi, la circulation lymphatique se rétablit par des voies collatérales. La régénération, qui dépend surtout de l'évolution de la plaie, se fait en peu de temps; les ganglions lymphatiques de nouvelle formation se développent dans le tissu adipeux.

Pareil processus existe-t-il dans certains cas pathologiques où les ganglions lymphatiques subissent une notable hypertrophie?

Les faits observés par Bayer dans divers cas de dégénérescences cancéreuse, sarcomateuse ou lymphomateuse plaident dans le sens de l'affirmative; car on trouve dans le tissu adipeux ambiant des masses de tissu réticulé, analogues à un follicule lymphatique. Elles seraient dues à la perturbation que la présence de ganglions malades cause dans la circulation lymphatique; les corpuscules de la lymphe s'accumuleraient dans le tissu adipeux et deviendraient le point de départ de l'infiltration lymphoïde de ce tissu. L. D.-B.

Zur Regeneration des Epithels der Harnblase (Régénération de l'épithélium de la vessie), par A. BELTZOW (*Arch. f. path. An. u. Phys., Band XCVII, Heft* 2, *p.* 279).

L'auteur produit des destructions de l'épithélium vésical du lapin, soit par des moyens mécaniques, soit par des agents chimiques (nitrate d'argent). La régénération de l'épithélium se fait par division indirecte des cellules appartenant aux couches moyenne et profonde du revêtement épithélial. On y trouve en effet des cellules présentant ce que l'on appelle les « figures kariokinétiques » de Flemming. On y trouve en outre un certain nombre de cellules rappelant la fragmentation indirecte, et enfin des cellules ressemblant beaucoup à des cellules géantes.

Le tissu conjonctif sous-épithélial prend part également aux phénomènes irritatifs qui se montrent dans l'épithélium ; on le trouve en effet infiltré et vascularisé. On rencontre également dans ce tissu conjonctif les figures kariokinétiques de Flemming qui indiquent une division indirecte, mais elles y sont moins abondantes que les cellules en voie de fragmentation indirecte. P. GALLOIS.

Ueber experimentelle am Menschen zu erzeugende Albuminurie (Sur l'albuminurie développée par voie expérimentale chez l'homme), par J. SCHREIBER (*Archiv für experimentelle Pathologie und Pharmakologie, Band XIX, Heft* 3, *p.* 237 *et Band X, Heft* 1 *et* 2, *p.* 85).

L'auteur a institué des expériences pour étudier sur l'homme les effets que produit la compression du thorax ou d'une moitié de cette cavité, compression réalisée au moyen de pelotes appliquées sur les parois antérieure et postérieure de la poitrine et serrées à l'aide de vis. Sur 26 personnes qui ont fait l'objet de ces expériences, — dont quelques-unes en état de santé parfaite, les autres ne présentant, quoique malades, aucun signe révélateur d'une lésion rénale, — il s'en est trouvé 20 chez lesquelles la compression du thorax a développé une albuminurie passagère ou augmenté le degré d'une albuminurie préexistante, de telle sorte que la proportion d'albumine charriée par les urines s'élevait jusqu'à 2 0/0. D'une façon générale, le degré de l'albuminurie s'est élevé avec la durée de la compression. Dans l'une ou l'autre expérience, des mensurations précises ont fourni la preuve que la quantité d'urine des vingt-quatre heures diminue légèrement sous l'influence de la compression thoracique. Le plus souvent la réaction de l'urine était acide ou neutre, exceptionnellement alcaline. L'examen microscopique, pratiqué dans un petit nombre de cas, a décelé une fois la présence dans l'urine

de cylindres hyalins et de petits agrégats qui paraissaient être formés par de l'albumine coagulée; une autre fois l'urine contenait des globules rouges en très petit nombre, et des cristaux de phosphate tribasique.

Des analyses pratiquées sur quelques échantillons d'urine ont abouti à ce résultat, qu'il s'agissait d'une albuminurie mixte, l'urine altérée dans sa composition sous l'influence de la compression du thorax renfermant à la fois de la sérum-albumine, de la globuline et des peptones.

La durée de cette albuminurie transitoire était comprise entre une et plusieurs heures; pour la prolonger, il suffisait de répéter l'expérience plusieurs fois dans le courant d'une même journée.

Schreiber estime que la dyspnée ne saurait être invoquée comme cause de cette albuminurie expérimentale: car d'une part, quand il y avait dyspnée, celle-ci était peu marquée, et d'autre part, dans certaines expériences faites sur des sujets affectés de maladies de poitrine, l'albuminurie a fait défaut, quoique la compression thoracique eût provoqué une dyspnée considérable. D'ailleurs, les modifications imprimées à la composition des urines par la compression du thorax ont été différentes de ce qu'elles sont dans les cas de dyspnée violente; le chiffre de l'urée par exemple, loin d'être augmenté, était diminué. Les facteurs que Schreiber croit devoir faire intervenir, pour expliquer le développement de cette albuminurie consécutive à la compression du thorax, sont : la diminution de la différence de la pression qui existe à l'état physiologique entre les capillaires des alvéoles du poumon et le ventricule gauche ; la diminution du calibre des vaisseaux pulmonaires; la diminution d'étendue des excursions respiratoires. De tout cela il résulte une stase dans le domaine de la petite circulation, stase qui se propage très rapidement dans les réseaux vasculaires du rein, d'où la filtration de l'albumine. Quant à savoir si cette filtration s'opère dans les capsules de Malpighi ou dans les canaux contournés, c'est une question que l'auteur laisse momentanément indécise.

Dans un second mémoire, l'auteur consigne les faits suivants : chez de jeunes garçons de 11 à 15 ans, une compression thoracique de une demi-minute a suffi, dans la plupart des cas, pour faire apparaître l'albuminurie. Le résultat n'a été négatif que sur 2 des 10 sujets soumis à ces expériences; l'un des deux était affecté de dysphagie et de polyurie, l'autre de convulsions cloniques du sterno-cléido-mastoïdien. Chez les autres sujets, l'albuminurie était relativement abondante (1/3 à 1/2 0/0 de la quantité d'urine recueillie dans le verre à réactif). En général il n'en restait plus de traces au bout d'une heure. Comme il a été dit dans le premier mémoire, l'albumine est un mélange de sérum-albumine et de globuline ; cette dernière figure dans le précipité pour une proportion notable. L'auteur a également mis en évidence un corps albuminoïde qui est précipité à froid par l'acide acétique, et qui n'est autre, selon toute apparence, que le corps signalé et étudié récemment par Gerhardt et Müller. Enfin l'auteur revient sur ce qu'il avait dit dans sa précédente publication, au sujet de la présence des peptones dans les urines rendues albumineuses au moyen de la compression du thorax. Ces urines ne renferment ni peptones ni sérum-albuminose.

En outre, des examens ophtalmoscopiques, pratiqués sur des sujets rendus albuminuriques de la façon qui vient d'être dite, ont démontré que

cette albuminurie expérimentale ne s'accompagne d'aucune modification du calibre et de la teinte des vaisseaux du fond de l'œil. E. RICKLIN.

Méthode pour prévenir la rage après morsure, par PASTEUR (*Bulletin de l'Ac. de Méd.*, 2e *série, t. XIV, n°* 43 *et Acad. des sciences*, 26 *oct.* 1885).

Après de nombreuses expériences, l'auteur croit être arrivé à une méthode prophylactique, pratique et prompte, dont les succès sur le chien sont déjà assez nombreux et sûrs, pour qu'on puisse avoir confiance dans la généralité de son application à tous les animaux et à l'homme lui-même.

Si l'on inocule au lapin, par la trépanation, sous la dure-mère, de la moelle rabique de chien à rage des rues, on donne toujours la rage à l'animal trépané après une durée moyenne d'incubation de quinze jours environ.

Si l'on passe du virus de ce premier lapin à un second, de celui-ci à un troisième, et ainsi de suite, par le mode d'inoculation précédent, il se manifeste bientôt une tendance de plus en plus accusée dans la diminution de la durée d'incubation de la rage chez les lapins successivement inoculés. Après vingt ou vingt-cinq passages de lapin à lapin, on rencontre des durées d'incubation de huit jours, qui se maintiennent pendant une période nouvelle de vingt à vingt-cinq passages. Puis on atteint une durée d'incubation de sept jours, qui se maintient pendant une série nouvelle de passages allant jusqu'au quatre-vingt-dixième. C'est à ce dernier chiffre que l'auteur en est actuellement, et c'est à peine si aujourd'hui il constate une tendance à une durée d'incubation d'un peu moins de sept jours.

Il résulte de ces expériences que rien ne serait plus facile que d'avoir constamment à sa disposition, pendant des intervalles de temps considérables, un virus rabique d'une pureté parfaite, toujours identique à lui-même ou à très peu près. C'est là, suivant Pasteur, le *nœud pratique* de la méthode.

Si l'on détache de ces moelles de lapins rabiques des longueurs de quelques centimètres avec des précautions de pureté aussi grandes qu'il est possible de les réaliser, et qu'on les suspende dans un air sec, la virulence disparaît lentement jusqu'à s'éteindre tout à fait. Plus la température est basse, plus durable est la conservation de la virulence.

Ces faits établis, voici comment Pasteur dit être arrivé à rendre les chiens réfractaires à la rage.

Dans une série de flacons, dont l'air est entretenu à l'état sec par des fragments de potasse déposés sur le fond du vase, on suspend, chaque jour, un bout de moelle rabique fraîche de lapin mort de rage développée après sept jours d'incubation. Chaque jour également, on inocule sous la peau du chien une pleine seringue Pravaz de bouillon stérilisé dans lequel on a délayé un petit fragment d'une de ces moelles en dessiccation, en commençant par une moelle d'un numéro d'ordre assez éloigné du jour où l'on opère, pour être bien sûr que cette moelle n'est pas du tout virulente. Les jours suivants, on opère avec des moelles plus récentes, séparées par un intervalle de deux jours, jusqu'à ce qu'on arrive à une dernière moelle très virulente, placée depuis un jour ou deux seulement

en flacon. Le chien serait alors rendu réfractaire à la rage, et l'on pourrait lui inoculer du virus rabique sous la peau ou même à la surface du cerveau par trépanation sans que la rage se déclare.

C'est d'après ces recherches de laboratoire que Pasteur s'est décidé à tenter l'expérience sur l'homme.

Le premier de ses sujets avait été mordu au bras le 4 juillet, c'est-à-dire deux jours avant, par son propre chien devenu enragé.

Venait ensuite un petit garçon de 9 ans, mordu le même jour, par le même chien. Il portait de nombreuses morsures (à la main, aux jambes, aux cuisses), dont les principales avaient été cautérisées à l'acide phénique, douze heures après l'accident.

En ce qui concerne le premier de ces blessés, sa chemise n'avait même pas été traversée par les crocs du chien. Il ne s'agissait que de simples contusions. Aussi l'éventualité de la rage ne pouvait-elle être ici mise en question.

Quant au petit garçon, Vulpian et Grancher, appelés à donner leur avis, déclarèrent que, vu l'intensité et le nombre des morsures (il n'en portait pas moins de quatorze), il était presque fatalement exposé à prendre la rage. Le chien incriminé avait été, en effet, déclaré enragé par ce seul fait qu'on avait trouvé son estomac rempli de foin, de paille et de fragments de bois. Sa bouche était aussi remplie d'une écume sanguinolente.

Pensant que la mort de cet enfant était presque inévitable, Pasteur résolut d'essayer sur lui la méthode qui lui avait constamment réussi sur les chiens. Il lui inocula donc le jour même, c'est-à-dire soixante heures après les morsures, sous un pli fait à la peau de l'hypocondre droit, une demi-seringue Pravaz d'une moelle de lapin mort rabique, conservée dans un flacon à air sec depuis quinze jours.

Les jours suivants, des inoculations nouvelles furent faites, toujours aux hypocondres.

C'est ainsi que le nombre des inoculations fut porté à treize. Le traitement a duré dix jours. La rage ne s'est pas déclarée chez l'enfant, et cela après trois mois et trois semaines écoulés depuis l'accident.

Se servant des diverses moelles employées pour le traitement préventif de ce petit garçon, Pasteur inocula par trépanation deux lapins afin de suivre l'état de virulence de ces moelles.

Il résulte de ce qui précède que, dans les derniers jours, Pasteur avait inoculé à son blessé le virus rabique le plus virulent, c'est-à-dire celui du chien renforcé par une foule de passages de lapins à lapins, virus qui donne la rage à ces animaux après sept jours d'incubation, après huit ou dix jours aux chiens. Il en conclut que le patient a échappé, non seulement à la rage que les morsures auraient pu développer, mais encore à celle qu'il croit lui avoir inoculée, rage plus virulente que celle du chien des rues.

GASTON DECAISNE.

Sulla regenerazione delle ossa piatte del cranio (**Sur la régénération des os plats du crâne**), par **V. MARTINI** (*Societa delle Scienze mediche in Siena*, juin 1885).

Après la trépanation, chez les animaux jeunes, la surface de la section osseuse ainsi que la dure-mère font les frais de la réparation; on voit

naître de la première des travées osseuses à trajet centripète qui vont se confondre avec des noyaux osseux développés aux dépens de la surface externe de la dure-mère. Le péricrâne ne contribue guère à la réparation de la perte de substance. Chez les animaux vieux, la plaie osseuse est comblée par un tissu dense et fibreux.

Les disques osseux enlevés et remis en place se réunissent aux parties voisines toutes les fois qu'il ne survient pas de suppuration; même lorsque la plaie suppure, on peut obtenir des adhérences partielles plus ou moins étendues. ASSAKY.

TOXICOLOGIE ET PHARMACOLOGIE.

I. — **Ueber Hopein** (Sur l'hopéine), par M. **ROBERTS**, de New York (*Deutsche medizin. Zeitung*, nº 80, *p.* 878, 1885).

II. — **Versuche über die Wirkung des narkotischen Prinzips des Hopfens (Hopein)** (Recherches sur l'action toxique du principe narcotique du houblon (hopéine), par **W.-Th. SMITH** (*Ibid.*, nº 60, *p.* 685, 1885.)

III. — **Un nouvel hypnotique : l'hopéine, principe narcotique du houblon**, par **J. GRASSET** (*Semaine méd.*, 7 *octobre* 1885).

I. — L'hopéine est un alcaloïde tiré du houblon dont elle représente le principe actif. Les quelques essais cliniques faits jusqu'à ce jour avec cette substance laissent entrevoir dans celle-ci un puissant narcotique. Roberts a pu se procurer, chez le Dr Williams, 5 grammes d'hopéine pure. Il en a administré à un certain nombre de malades en lieu et place de la morphine, et aux mêmes doses que cette dernière. Constamment l'effet soporifique a été obtenu avec une rapidité plus grande qu'avec la morphine. Quelques expériences faites sur des lapins ont donné des résultats concordant avec ceux qui avaient été obtenus chez l'homme.

Roberts a insisté, d'autre part, sur ce que l'hopéine est un antiseptique de premier ordre, contrairement à la morphine qui, en solution étendue, favorise la putréfaction des matières organiques. On savait depuis longtemps que le houblon et l'extrait de cette plante étaient doués de propriétés antiseptiques, propriétés dont ils sont, sans nul doute, redevables à la présence de l'hopéine qui s'est révélée comme un énergique agent destructeur des organismes inférieurs. Cette propriété antiseptique, qui mérite d'attirer l'attention des médecins, intervient dans la préparation de la bière : le houblon empêche la fermentation acide de se produire au sein de ce liquide, et l'on sait que les bières anglaises, dans la préparation desquelles entre une grande quantité de houblon, se conservent pendant des semaines dans un milieu à température moyenne, alors que le tonneau est déjà entamé, tandis que les bières pauvres en matière houblonneuse se gâtent très rapidement.

Bref l'action parasiticide de l'hopéine dépasse en puissance celle de la quinine.

Roberts a pu se convaincre de l'exactitude des assertions de Th. Smith, Williams et Myers déclarant que l'hopéine pure produit des effets narcotiques sans entraîner d'excitation consécutive. Seulement, d'après Roberts la dose minimum susceptible de tuer un homme ne serait pas aussi faible que l'indique Smith, autant qu'on en peut juger par les résultats des expériences de laboratoire. En effet si une dose de 0^{gr},1 d'hopéine suffit pour donner la mort à un animal du poids de 5 à 10 kilogrammes, la même dose ne saurait produire le même résultat chez un homme adulte, quoiqu'une dose de 0,05 développe déjà des manifestations toxiques. La prédisposition individuelle et l'accoutumance exercent une influence considérable sur l'intensité des effets d'une même dose d'hopéine. Comme il arrive pour la plupart des autres narcotiques, les fumeurs et les buveurs sont beaucoup moins sensibles à l'action de l'hopéine que les sujets ordinaires. Pour les enfants c'est le contraire.

Eu égard à l'influence délétère que l'usage prolongé de la morphine exerce sur l'appareil digestif et sur d'autres appareils de notre organisme, l'hopéine présente sur l'alcaloïde de l'opium une supériorité marquée. Les doses moyennes peuvent être administrées pendant fort longtemps sans qu'il en résulte des inconvénients sérieux. Il semble aussi que l'accoutumance aux doses ordinaires soit lente à s'établir. Un peu de constipation, c'est tout ce que l'on peut attribuer à l'usage modéré de cette drogue. Par contre, quand on élève les doses, les malades se plaignent d'une pesanteur et d'une douleur de tête, phénomène essentiellement passager.

L'hopéine a un goût amer très prononcé, insupportable. Pour corriger cette amertume, Roberts conseille d'administrer le médicament dans de la bière, dans du porto ou du sherry. Les doses de 0,025 ont suffi pour vaincre des insomnies rebelles, lorsque celles-ci ne dépendaient pas de l'abus de la morphine. Enfin l'emploi de l'hopéine est indiqué, selon Roberts, dans toutes les maladies du système nerveux où il y a lieu de recourir aux sédatifs, et aussi lorsqu'on veut déshabituer des morphiomanes de l'abus de la morphine.

II. — Smith a constaté que, même quand l'hopéine était administrée à dose suffisante pour causer la mort des animaux, ceux-ci périssaient dans le *sopor* sans avoir présenté la moindre manifestation convulsive.

Smith a reconnu que, chez des enfants au-dessous de cinq ans, l'action narcotique se manifeste avec une dose de 0 gr. 001 d'hopéine. En ingérant à jeun 0 gr. 005 d'hopéine, il a éprouvé les symptômes suivants : légère dilatation de la pupille ; puis, au bout de huit minutes, sensation de chaleur ; au bout de vingt minutes, forte envie de dormir, qu'il a été possible de maîtriser. En s'abandonnant à cette envie, dans une autre expérience, Smith a dormi pendant deux heures d'un sommeil calme et réconfortant, sans éprouver aucune sensation désagréable au réveil.

Une dose de 0 gr. 005 d'hopéine administrée à des enfants au-dessous de 4 ans a produit de la dilatation pupillaire suivie bientôt de myosis, de l'élévation de la température interne; puis les enfants s'endormaient d'un sommeil profond, et cela quelquefois déjà dix minutes

après l'ingestion du médicament. En outre, le pouls, d'abord un peu accéléré, se ralentissait ensuite, modifications que Smith n'a pas constatées dans les expériences qu'il a faites sur sa propre personne.

De nombreuses expériences faites sur des adultes avec des doses variant de 0,006-0,009 ont abouti à la reproduction des mêmes phénomènes, avec une intensité un peu plus grande. Des doses de 0,01 à 0,03 n'ont produit, chez des adultes, que des effets purement narcotiques.

Même résultat à la suite de l'ingestion d'une dose de 0,025 ; pas de constipation. A la suite d'une dose de 0,03 d'hopéine, Smith, au sortir du sommeil provoqué, éprouva un très léger dérangement des fonctions digestives. Il ajoute que, par contre, une femme qui prenait quotidiennement 0,025 d'hopéine pour vaincre une insomnie rebelle eut de la constipation qui nécessita l'emploi de l'aloès. Après quinze jours de traitement, la même dose de 0 gr. 025 d'hopéine continuait d'être suffisante pour procurer un sommeil réparateur de 12 heures de durée ; sitôt que fut suspendu l'usage du médicament, l'insomnie reparut. Chez des femmes, des doses de 0,03 ont quelquefois provoqué des vomissements, jamais chez des hommes.

Des doses de 0,035 et 0,04 ont déterminé des nausées, un peu d'étourdissement ; puis est survenu un profond sommeil, au sortir duquel l'expérimentateur était en proie à de la pesanteur de tête et à de l'engourdissement ; une fois, il eut en outre des nausées. A la suite de l'ingestion des doses susdites, le myosis et le ralentissement du pouls sont de règle. Jusqu'à cette dose, l'hopéine a sur la morphine l'avantage de ne pas occasionner de démangeaisons à la peau, pas de constipation durable, pas de bourdonnements d'oreille.

A la dose de 0,05, l'hopéine a occasionné, dans les expériences que Smith a faites sur lui-même, des symptômes d'intoxication aiguë sur lesquels il a négligé de fournir des renseignements détaillés. Il termine en fixant la dose toxique (mortelle ?) d'hopéine à un peu au-dessus de 0,1 pour les adultes et 0,06 pour les enfants ; mais il ajoute que les personnes habituées à prendre d'autres narcotiques à hautes doses supporteront, selon toute apparence, des doses plus fortes.

III. — Grasset résume, dans son article de revue critique, les documents publiés jusqu'ici sur ce sujet. E. RICKLIN.

Ueber einen basischen Bestandteil des Pilocarpins in den Jaborandiblättern (Sur une nouvelle base extraite des feuilles de jaborandi), par HARNACK (*Centralblatt für die medic. Wissenschaften, n° 24, p.* 417, 1885).

E. Merck (de Darmstadt) a réussi à isoler des feuilles de jaborandi une troisième base, qui à l'état de liberté se présente sous l'aspect d'une matière sirupeuse, mais forme, à l'état de nitrate, de volumineux cristaux en colonnes, qui rappellent les cristaux formés par le salpêtre. Cette substance a été étudiée par Harnack, qui lui a donné le nom de pilocarpidine. Elle a des propriétés chimiques sensiblement identiques à celles de la pilocarpine. Toutefois, en solution aqueuse, elle n'est pas, comme cette dernière, précipitée par le chlorure d'or. Comme la pilocarpine, elle se transforme facilement en une base amorphe, douée de propriétés

physiologiques semblables à celle de l'atropine, et que Harnack propose de désigner sous le nom de jaboridine.

Les formules trouvées par Harnack pour ces deux substances sont, pour la pilocarpidine (C^{10} H^{14} Az^2 O^2), pour la jaboridine (C^{10} H^{12} AzO^2 O^3). La seconde prend donc naissance aux dépens de la première, par voie d'oxydation. La base isolée récemment par Chastaing (*Comptes rendus, Académie des sciences*, t. CXIV, p. 223 et 908) n'est autre, selon toute vraisemblance, que la jaboridine. Quand on compare la formule de la pilocarpidine avec celle de la pilocarpine (C^{11} H^{16} Az^2 O^2), il semble que cette dernière ne soit qu'un produit de substitution méthylique de la première. La comparaison avec la formule de la nicotine (C^{10} H^{14} Az^2) montre que la formule de la pilocarpidine ne diffère de celle-ci que par l'addition de deux atomes d'oxygène.

Au point de vue de l'action physiologique, la pilocarpidine présente avec la pilocarpine la plus grande ressemblance. E. RICKLIN.

Ueber die wirksamen Bestandtheile der Radix Baptisiæ tinctoriaæ (Principes actifs de la racine de Baptisia tinctoria), par von SCHRŒDER (*Tageblatt der 58ten Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte, Strasbourg, p.* 158, 1885).

Von Schrœder a isolé de la racine du *baptisia tinctoria :*

1° Un glycoside, la *baptisine*, insoluble dans l'eau, cristallisant sous forme de globules, et douée des mêmes propriétés physiologiques que les substances amères indifférentes;

2° Un glycoside soluble dans l'eau, la *baptine*, qui cristallise sous forme d'aiguilles microscopiques, et qui est douée de propriétés laxatives;

3° Un alcaloïde, la *baptitoxine*, toxique à doses très faibles, qui produit chez les grenouilles l'arrêt de la respiration, puis la paralysie des centres nerveux ; chez les animaux à sang chaud, l'accélération de la respiration, une exagération du pouvoir excito-moteur, et finalement la mort par asphyxie.

Von Schrœder a également réussi à isoler de la racine du *leptandra virginica* un glycoside, la *leptandrine*, dont il a fait connaître les propriétés chimiques et physiologiques. E. RICKLIN.

Ueber die Bestandtheile der Laminaria (Sur les principes constituants de la laminaria), par SCHMIEDEBERG (*Tageblatt der 58ten Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte, Strasbourg, p.* 427, 1885).

Les analyses faites par Schmiedeberg lui ont fait découvrir dans la laminaria la présence des substances suivantes : mannite, dextrose, une variété de dextrine, la *laminarine*, dont la formule $C^{60}H^{102}O^{51}$ est la même que celle du glycogène du foie du chat, un acide ayant pour formule $C^{12}H^{18}O^{11}$, qui prend naissance dans la plante, par oxydation des hydrocarbures. Cet acide laminarique est une substance colloïde qui possède au plus haut degré la propriété d'augmenter de volume en absorbant de l'eau. Il est extrêmement difficile de l'obtenir à l'état sec. Dans la plante à l'état naturel, des sels forment autour de la racine de laminaria une sorte de revêtement gélatineux qui protège la masse protoplasmique contre le contact de l'eau de mer. E. RICKLIN.

Zur Wirkung des Coniinum hydrobromatum (Sur l'action du bromhydrate de conine), par H. SCHULZ et PEIPER (*Archiv für experimentelle Pathologie und Pharmakologie, Band XX, Heft* 1 *et* 2, *p.* 149).

Schulz rappelle que déjà en 1822 il avait signalé dans la conine un succédané du curare. Au point de vue des applications thérapeutiques, la conine, sous forme de bromhydrate, offre sur le curare l'avantage d'être une préparation de composition toujours semblable, cristalline, très soluble dans l'eau, qui peut, par conséquent, être dosée avec rigueur et facilité.

Cela étant, Schulz a pris à tâche, en collaboration avec Peiper, de rechercher jusqu'à quel point la conine serait apte à remplacer le curare dans le traitement des affections telles que la rage, l'hydrophobie simple, le tétanos traumatique, en étudiant l'action anticonvulsivante du bromhydrate de conine employé comme antidote de la brucine. Dans une première série d'expériences, des lapins ont été préalablement placés sous l'influence toxique de la brucine (jusqu'à 7 milligrammes). Puis, de deux animaux l'un était traité par les injections sous-cutanées de bromhydrate de conine, l'autre servant de sujet de contrôle. Chez tous les lapins auxquels on a fait des injections de bromhydrate de conine à la suite des injections de brucine, les convulsions ont été beaucoup plus faibles que chez les autres; la respiration est restée plus régulière et plus ample, et, au lieu de succomber dans le cours d'un violent accès de tétanie, ils ont péri d'une mort beaucoup plus calme. Enfin un point sur lequel insistent particulièrement les deux expérimentateurs, c'est que chez les animaux placés successivement sous l'influence de la brucine et de la conine, la respiration, après chaque accès convulsif, redevenait calme et régulière, tandis que chez les lapins simplement brucinisés elle prenait un caractère superficiel et fuyant.

Dans une seconde série d'expériences, le bromhydrate de conine a été injecté sous la peau à des lapins, avant la brucine. On a constaté que dans ces conditions également les manifestations convulsives étaint beaucoup moins violentes que lorsque la brucine est administrée seule. Ici encore, après chaque accès de tétanie, la respiration reprenait immédiatement ses caractères normaux. Enfin, dans deux expériences, les lapins ont survécu à l'administration de doses de brucine qui eussent certainement été mortelles sans l'injection préalable du bromhydrate de conine.

E. RICKLIN.

Ueber den wirksamen Bestandtheil der Senesblätter (Sur le principe actif de feuilles de séné), par STOCKMANN (*Archiv für experimentelle Pathologie und Pharmakologie, Band XIX, Heft* 1 *et* 2, *p.* 116).

Stockmann passe en revue les principaux travaux parus jusqu'à ce jour et qui avaient pour objet de nous renseigner sur le principe actif des feuilles de séné. Il constate que dans la plupart des traités récents de matière médicale, on a adopté l'opinion de Kubly, d'après laquelle le principe actif des feuilles de séné est représenté par l'acide cathartinique, substance colloïde qui renferme de l'azote et du soufre, qui fait partie du groupe des acides glycosidiques, et qui se trouve combiné dans les feuilles de séné à la chaux et à la magnésie. Or, ajoute Stockmann, les recher-

ches de Kubly laissent encore prise à l'hypothèse confirmée par les recherches de Bourgoing et Bouchut, suivant laquelle l'acide cathartinique n'est pas une substance bien définie, mais un mélange de plusieurs autres.

Stockmann expose ensuite, dans leurs moindres détails, les manipulations chimiques très compliquées qu'il a fait subir aux feuilles de séné pour en extraire l'acide cathartinique à l'état de pureté parfaite, et il tire des résultats de ses recherches cette conclusion : que l'acide cathartinique peut être isolé sans subir de décomposition et sans mélange de produits de dédoublement ; qu'il résulte de la combinaison d'une matière colorante ne renfermant ni soufre ni azote, et se rattachant aux dérivés des anthracites, avec une autre substance qui vraisemblablement n'est qu'une matière colloïde hydrocarbonée. E. RICKLIN.

Sur les principes actifs de l'asclepias curassavica, de l'asclepias incarnata et du vincetoxicum officinale, par Ch. GRAM (*Archiv für experiment. Pathologie und Pharmakologie, B. XIX, Heft* 6, *p.* 389).

La famille des asclépiadées comprend des espèces nombreuses, qui ont pour caractère pharmacologique commun leur action émétique et purgative. Le *vincetoxicum officinale*, asclépiade dompte-venin, que l'on trouve dans tous les pays d'Europe, et dont la racine entre dans la préparation du vin de scille composé, de la pharmacopée française, possède précisément cette action éméto-cathartique. La famille des asclépiadées ne compte pas moins de 50 espèces qui sont utilisées dans divers pays comme remèdes populaires, dont une quarantaine le sont à titre de vomitif et de purgatif. En Amérique, les espèces *syriaca*, *incarnata* et *tuberosa* sont employées dans le traitement de la pleurodynie et comme diaphorétiques. Enfin, différentes espèces, parmi lesquelles l'*asclepias curassavica* et le *vincetoxicum officinale*, présentent un assez grand intérêt au point de vue de la toxicologie. Orfila avait étudié les effets toxiques de quelques plantes de cette famille sur les chiens ; les animaux avaient succombé au bout de vingt-quatre à quarante-huit heures, présentant à leur autopsie les traces d'une gastro-entérite.

Tout d'abord, on avait cru que le principe actif des asclépiadées était identique à l'émétine. Les recherches d'un chimiste français, Féneulle, qui remontent à 1825 (voir *Journal de pharmacie*, juillet 1825), avaient abouti à démontrer que le principe actif en question diffère sensiblement de l'émétine. Plus tard (1874), Harnack a réussi à extraire de l'*asclepias vincetoxicum* une substance à laquelle il donna le nom d'asclépiadine, très soluble dans l'éther et l'alcool, beaucoup moins dans l'eau, qui provoque, chez les grenouilles, une paralysie généralisée avec arrêt du cœur en systole, et l'abolition de l'excitabilité faradique des muscles.

A son tour, Ch. Gram est parvenu à extraire des trois espèces nommées dans le titre de ce travail un glycoside toxique qu'il propose de désigner sous le nom d'asclépiadine, sauf à réserver le nom d'asclépine à la substance isolée par Harnack. Tant par les symptômes de l'intoxication qu'elle engendre, que par les lésions constatées à l'autopsie des animaux empoisonnés, cette asclépiadine se rattache au groupe de l'émétine, tout en étant distincte de cette dernière. Il paraît difficile

d'utiliser les propriétés de l'asclépiadine pour les usages thérapeutiques, parce que c'est une substance très instable, et que, d'autre part, les préparations pharmaceutiques obtenues avec les plantes brutes manifestent une grande inconstance dans leurs effets. Le mieux serait d'utiliser au besoin une teinture préparée avec des plantes fraîches. E. RICKLIN.

An experimental investigation to ascertain the action of veratrin on a cardiac contraction (Recherche expérimentale ayant pour but de fixer l'action de la vératrine sur la contraction cardiaque), par Sydney RINGER (*The Journal of Physiology, vol. VI, p.* 150).

L'action de la vératrine sur le cœur a été étudiée par beaucoup de physiologistes. Dastre et Morat en 1878 ont montré que l'addition de cette substance avait pour effet de rendre efficaces des excitations électriques précédemment insuffisantes à provoquer des contractions. Sydney Ringer reprend ces recherches. Il interprète ses résultats en supposant que la vératrine retarde les échanges nutritifs de manière à permettre une dilatation complète. La force de la contraction est en raison directe de la pause diastolique. Il s'écoule parfois une minute avant que les phénomènes de réparation nutritive soient suffisants pour permettre une contraction parfaite. L'opium, la morphine et les sels de potasse agiraient de la même manière quoique à un moindre degré. La vératrine cause une irrégularité dans la force et une irrégularité dans le rythme des battements. Les battements se groupent par deux : leur amplitude dépend de l'intervalle diastolique : le second est plus faible que le premier. La pause diastolique restant la même, la contraction sera d'autant plus forte que la contraction précédente a été plus faible. L'auteur admet enfin que, bien que la potasse et la vératrine agissent de la même manière, lorsqu'on les emploie simultanément il s'établit entre elles un véritable antagonisme. DASTRE.

I. — Ueber den giftigen Bestandtheil der essbaren Morchel (Sur le principe toxique de la morille comestible (*helvella esculenta*)**, par E. BOEHM et KÜLZ** (*Archiv für experimentelle Pathologie und Pharmakologie, Band XIX, Heft* 6, *p.* 403).

II. — Beiträge zur Kenntniss der Hutpilze in chemischer und toxikologischer Beziehung (Contribution à l'étude des champignons communs, au point de vue clinique et toxicologique), par R. BŒHM (*Ibidem, Band XIX, Heft* 1 *et* 2, *p.* 60).

III. — Ueber das Vorkommen und die Wirkungen des Cholins und die Wirkungen der künstlichen Muscarine (Sur la présence de la choline dans certains corps, sur ses effets physiologiques et ceux de la muscarine artificielle), par R. BOEHM (*Ibidem, Band XIX, Heft* 1 *et* 2, *p.* 87).

IV. — Ein Beitrag zur Erklärung des Enstehens der Ptomaïne (Contributions à l'interprétation du mode de développement des ptomaïnes), par Ch. GRAM (*Ibidem, Band XX, Heft* 1 *et* 2, *p.* 116).

V. — Ueber die Deutung der Muscarinwirkung am Herzen (A propos de l'interprétation de l'action de la muscarine sur le cœur), par R. KOBERT (*Ibidem, Band XX, Heft* 1 *et* 2, *p.* 92).

I. — Les recherches récentes de Boström et Ponfick ont démontré que la morille comestible exerce, à l'état frais, une action toxique spéciale sur l'homme et certains mammifères. Boehm et Külz ont donné une description précise des symptômes de cette intoxication. Quant au principe vénéneux qui engendre ces accidents, ils le représentent comme étant fixe, volatil ou très altérable, et ils ajoutent qu'on le retire presque en totalité en faisant bouillir des morilles dans l'eau, et en moindre quantité en faisant digérer les morilles dans l'eau froide. (Voy. *R.S.M.*, XXVI, 503.)

II. — *a*) *Boletus luridus* (Schaeffer); *Basidiomycetes; Polypurei* (synonime français : bolet pernicieux). Est souvent confondu avec le *boletus satanas*.

Les opinions sur la toxicité de ce champignon se contredisent. Boehm s'est assuré que le champignon en question n'était pas très vénéneux, en en faisant manger dans du lait à des chiens qui n'ont éprouvé aucun malaise. Il a fait ensuite des expériences plus rigoureuses, en employant tour à tour des champignons desséchés au four et réduits en poudre, et des champignons frais. Dans les deux cas il préparait un extrait éthéré, et un extrait alcoolique.

L'extrait éthéré se présentait sous la forme d'une masse sirupeuse, d'un rouge pourpre foncé. Conservé à une basse température, cette masse se transformait en une bouillie constituée en partie par des cristaux. En filtrant, on séparait sans peine les cristaux de la substance mère, représentée par un corps gras, dont on pouvait ensuite isoler de nouveaux cristaux, et cela à plusieurs reprises. En lavant ces cristaux avec de l'alcool à 95°, et en versant ensuite par-dessus de l'alcool absolu bouillant, Boehm a obtenu une solution alcoolique qui se prenait en une bouillie d'un blanc de neige, formée par des cristaux microscopiques. Ces cristaux avaient l'aspect de lamelles hexagonales très minces, à reflets soyeux, et se distinguaient des cristaux de cholestérine en ce que deux de leurs coins paraissaient comme découpés.

Par une série de cristallisations successives (avec emploi de l'alcool absolu bouillant), Boehm finit par obtenir ces cristaux à l'état pur, à raison de 15 grammes pour 8 kilogrammes de poudre de champignons utilisés pour l'extraction. La solution mère pouvait détenir une quantité à peu près égale de cette même substance cristallisable dont voici les caractères :

Elle se dissout difficilement dans l'alcool à froid, facilement dans l'alcool absolu bouillant, assez facilement dans l'éther ordinaire, dans l'éther acétique, dans le chloroforme, dans le pétrole pur, dans la benzine, pas du tout dans l'eau. Le point de fusion est compris entre 144 et 145, alors que celui de la cholestérine est compris entre 145 et 146°. L'analyse quantitative des cristaux a donné des résultats sensiblement les mêmes que ceux qu'on avait obtenus pour la cholestérine. Donc ces cristaux appartiennent à une substance très voisine de la cholestérine, sans être identique à cette dernière.

De l'extrait alcoolique Boehm a réussi à isoler une substance qu'il appelle acide luridique, qui forme des cristaux d'un rouge vin de Bordeaux, semblable à la teinte des ouvertures qu'on voit à la surface du boletus luridus. Cet acide éprouve, dans certaines circonstances, les mêmes transformations de couleur que le champignon à l'état frais. Une solution

très diluée de cet acide a une teinte d'un jaune paille. Quand on y ajoute quelques gouttes d'une solution de carbonate de soude, elle prend au bout de quelque temps une teinte d'un beau vert émeraude, qui passe progressivement au bleu indigo foncé. Si on neutralise ensuite avec de l'acide sulfurique dilué, la solution devient d'un rouge pourpre. Si au contraire on laisse reposer la solution sans la neutraliser, la teinte bleu foncé passe peu à peu au brun vert sale. Les alcalis caustiques décomposent très rapidement la matière colorante. L'addition d'une certaine quantité de teinture d'iode communique à la solution une teinte d'un bleu foncé. En ajoutant ensuite de l'acide azotique concentré, il se produit une réaction très vive, et le liquide passe au rouge cerise, teinte qu'il perd à la longue quand on le laisse séjourner à l'air.

L'acide luridique est un acide faible, qui entre en fusion à 155°, mais sa fusion n'est complète qu'à 170° ; à cette température il prend une teinte foncée. En même temps il se forme, par voie de sublimation, des cristaux blancs, avec dégagement de l'odeur bien tranchée de l'acide succinique. Il est de toute vraisemblance que les cristaux sont constitués par cet acide. Les résultats de l'analyse centésimale de l'acide luridique sont représentés par les nombres suivants : C, 48,26 0/0 ; H, 4,77 0/0 : en tenant compte de ce fait que les solutions très étendues d'acide luridique prennent une teinte d'un pourpre violet quand on les traite par le perchlorure de fer, Boehm croit devoir rapprocher ce corps de la classe des phénols.

Quelques expériences faites par Boehm tendent à faire supposer qu'au point de vue de la pharmacologie, l'acide luridique n'a qu'un intérêt médiocre. Des chiens auxquels on avait injecté de 0,05 à 0,20 de cette substance n'ont pas été incommodés.

D'autre part, Boehm a réussi à extraire de la teinture alcoolique du boledus luridus une masse basique, constituée en grande partie par de la choline, mais renfermant en outre une substance d'une toxicité plus grande, agissant sur le cœur de la grenouille à la façon de la muscarine.

En somme, Boehm conclut que le boletus luridus doit figurer parmi les champignons peu vénéneux, et que le degré de sa toxicité varie sans doute d'une année à l'autre.

b) *Amanita pantherina :* synonymes : *Agaricus umbrinus*, *ruderatus*, *maculatus*, *verrucosus*, *pustulatus*, *fuscus amanita umbrina*. (Synonymes français : *Amanïte à verrues*, *fausse galmote*.)

En ce qui concerne la toxicité de ce champignon, Boehm rappelle qu'en 1843, Biagio Ramella a relaté l'histoire de six personnes empoisonnées pour en avoir mangé. Il a pu isoler de la solution alcoolique : 1° un acide qui présente de grandes analogies avec l'acide luridique et qu'il propose de désigner sous le nom d'acide panthérinique ; 2° une substance basique, également constituée en partie par de la choline, en partie par une substance agissant à la façon de la muscarine. Seulement, cette seconde base toxique est contenue en proportions plus grandes dans l'*amanita pantherina* que dans le *boletus luridus*.

III. — Dans les mémoires qui ont été analysés plus haut, la choline a été mentionnée comme figurant parmi les principes actifs de la morille comestible et des deux espèces de champignons connus sous les noms de *boletus luridus* et d'*amanita pantherina*. Bœhm considère comme

très vraisemblable que toutes les espèces de champignons comestibles ou vénéneux renferment de la choline. D'autre part, à la suite de cas d'empoisonnement survenus chez des animaux qui avaient mangé des gâteaux faits avec des résidus de graines de coton, Yung a pu retirer une notable quantité de choline d'un extrait alcoolique de ces gâteaux. De même Boehm a réussi à extraire des quantités assez notables de choline, des tourteaux de glands de hêtre, ainsi que d'un grand nombre de placentas frais.

Donc, d'après ce qui précède, la choline se rencontre souvent dans certaines plantes vénéneuses à côté d'autres poisons; l'étude toxicologique de cette substance acquiert dès lors un intérêt considérable. Cette étude, faite déjà par Gœtgens, a été reprise par Boehm. Gœtgens avait constaté que la choline présente des analogies d'action avec la muscarine (sialorrhée, rétrécissement pupillaire, peut-être aussi arrêt du cœur en diastole). La choline modifie la pression sanguine à la façon des sels d'ammoniaque. Elle paralyse l'appareil respiratoire et d'autres appareils à la manière du curare, comme Boehm a pu s'en convaincre directement. Ainsi, chez les grenouilles, la choline administrée à la dose de 0,025, 0,05 et 0,10 centigrammes déterminait une paralysie de tout le système musculaire, qui mettait à se produire un intervalle de temps de 10 minutes à 1 heure, suivant la taille et la vigueur de l'animal. En même temps les muscles étaient agités de tressautements et de tremblements, comme dans les cas de paralysie par le curare. La respiration s'arrêtait presque aussitôt après l'injection sous-cutanée de la choline. Plus tard se manifestaient des tremblements fibrillaires au niveau des muscles abdominaux; les excitations périphériques sollicitaient des efforts respiratoires réflexes; finalement le pouvoir excito-moteur s'éteignait. L'excitabilité électrique de l'appareil nervo-musculaire était abolie, ce qui dénote que le poison agit sur la portion périphérique de cet appareil, à la manière du curare. Les grenouilles de forte taille se remettent habituellement au bout de 24 heures, tandis que les autres succombent aux suites de l'empoisonnement. Les contractions du cœur de la grenouille se ralentissent sous l'influence de la choline, tout en conservant leur énergie. Il n'y a rien là qui soit comparable à l'action de la muscarine.

Boehm a constaté ensuite que les mammifères sont très inégalement influencés par la choline. Ainsi des doses de 7 centigrammes n'ont provoqué aucun phénomène paralytique chez des lapins, tandis qu'une dose de 3 centigrammes a suffi pour développer une paralysie motrice chez un chat vigoureux, et que dans une autre expérience un chat a succombé très rapidement à la suite d'une injection sous-cutanée de 5 centigrammes de choline. C'est d'ailleurs un des caractères de l'empoisonnement par cette substance, que les animaux se remettent ou périssent à bref délai.

Boehm a étudié ensuite les effets toxiques de la muscarine artificielle, obtenue suivant le procédé de Schmiedeberg et Harnack, par oxydation de la choline. Il a constaté que l'empoisonnement par la muscarine artificielle diffère, sous certains rapports, de l'empoisonnement par la muscarine naturelle, — par certaines manifestations qui appartiennent à la symptomatologie de l'empoisonnement par le curare. En outre, un animal qui est sous l'influence d'une dose mortelle de muscarine artificielle ne peut être arraché à la mort au moyen d'une injection sous-

cutanée d'atropine, qui est, comme on le sait, l'antidote de la muscarine naturelle. Boehm conclut qu'il est inexact d'admettre, avec Schmiedeberg et Harnack, une identité d'action complète entre les muscarines naturelle et artificielle ; que cette dernière participe à la fois des effets toxiques de la muscarine naturelle et du curare.

Pour ce qui est du parallèle entre la muscarine artificielle et la choline, les deux substances produisent des effets toxiques semblables, sauf que la seconde n'exerce pas sur le cœur de la grenouille l'action paralysante qu'on attribue à la première ; en second lieu la toxicité de la choline, éprouvée sur des chats, est environ cinquante fois plus faible que celle de la muscarine artificielle. Les deux poisons produisent une élévation de la pression sanguine, comparable à celle que provoque l'empoisonnement par l'ammoniaque.

Resterait à rechercher si la muscarine naturelle est totalement dépourvue des effets toxiques que la muscarine artificielle possède en commun avec le curare.

IV. — Pendant assez longtemps Gram a essayé infructueusement d'obtenir des ptomaïnes par le procédé de Maas. De la viande était exposée durant douze à quarante-huit heures à une température de 20 à 30 degrés, puis agitée avec de l'alcool amylique soigneusement débarrassé de toute trace d'acide tartrique. On en extrayait ainsi une quantité notable de substances basiques, mais qui étaient dépourvues de toute toxicité et qui présentaient la réaction de la créatinine. Chauffées au contact de l'acide chlorhydrique, ces substances basiques ont donné des combinaisons également dépourvues de toxicité. Mais il en fut tout autrement lorsqu'on eut substitué l'acide lactique à l'acide chlorydrique. Les combinaisons obtenues dans ces conditions ont provoqué des accidents de paralysie motrice et le ralentissement du cœur, chez les grenouilles auxquelles on les injecta sous la peau.

Des résultats analogues ont été obtenus avec les produits basiques tirés de la levure de bière en putréfaction, mais ne contenant pas de sepsine. La levure a été mise en digestion pendant quinze jours dans une infusion de foin, puis traitée successivement par un excès de sulfate de zinc et par de l'hydrate de baryte. Le liquide obtenu par filtration avait une teinte d'un jaune ambré. On le débarrassa de la baryte restante en y ajoutant de l'acide sulfurique. Après évaporation jusqu'à consistance épaisse, on prépara un extrait alcoolique avec de l'alcool absolu. On reprit l'extrait par l'alcool, on évapora encore une fois, et le résidu, dissous dans l'eau, fut de nouveau traité par le sulfate de zinc et la baryte, comme il a été indiqué ci-dessus. Le produit de filtration, débarrassé de la baryte et réduit par évaporation, avait une réaction légèrement acide et manifestait des propriétés toxiques : paralysie du cœur de la grenouille, avec arrêt en diastole et réveil des contractions sous l'influence de l'atropine.

En traitant le liquide par le chlorure de platine et l'alcool absolu, Gram a obtenu, par précipitation, deux bases, très solubles dans l'eau chaude et cristallisant suivant des systèmes très différents, l'une formant de belles aiguilles d'un jaune rougeâtre, l'autre des cristaux sphéroïdes d'un blanc jaunâtre, agglomérés.

La première base, isolée du platine au moyen du chlorure de potas-

sium, manifestait une action analogue à celle du curare, sans influencer le cœur. Toutefois, après l'avoir dissoute à l'état de chlorhydrate et chauffé la solution au bain-marie pendant vingt-quatre heures, elle provoquait une paralysie générale avec arrêt du cœur en diastole, cédant à l'atropine.

La seconde base possédait également, à un faible degré, des effets toxiques semblables à ceux du carare. Faute de temps, Gram n'a pas pu étudier la nature et le mode de transformation de ces bases. Par contre, il a fait des observations intéressantes concernant la transformation de la choline en triméthylvinylammonium.

En préparant du chlohydrate de choline avec des jaunes d'œufs, suivant le procédé de Diakonow, il a obtenu un produit qui donnait à la fois la réaction de l'oxethyl (paralysie généralisée, analogue à celle que détermine le curare) et la réaction de la base vinyle (arrêt du cœur en diastole, qui cède à l'action de l'atropine). Les tentatives faites pour séparer ces deux bases ont échoué. En préparant, d'autre part, de la choline par voie de synthèse suivant le procédé de Schmiedeberg, il a obtenu un produit qui provoquait la paralysie curaréiforme sans influencer le cœur. Cette choline (chlorhydrate), chauffée au bain-marie pendant dix heures, acquérait ensuite la propriété d'arrêter le cœur en diastole (à la dose de $0^{gr},03$ chez une grenouille). Les tentatives faites en vue d'analyser ce nouveau produit n'ont pas donné de résultat. Il s'agissait sans doute, ajoute l'auteur, d'un mélange de deux bases.

En préparant à nouveau de la choline avec des jaunes d'œufs, et en évitant de chauffer au bain-marie la combinaison platinique, en dissolvant ce produit dans de l'eau tiède, pour le précipiter ensuite dans le vide en présence de l'acide sulfurique, Gram a obtenu de beaux cristaux sous la forme de tablettes d'un jaune rougeâtre. Après avoir soumis à nouveau ce produit à trois cristallisations successives, en présence du chlorure de sodium, il a isolé la base à l'aide de l'oxyde d'argent, desséché le produit de filtration en présence de l'acide sulfurique, extrait la base avec de l'alcool absolu, pour la combiner finalement avec de l'acide chlorhydrique. Cette combinaison n'avait qu'une toxicité très faible, et point d'action sur le cœur. Il y avait tout lieu de la considérer comme de la choline pure, et c'est à ce titre que Gram l'a utilisée pour étudier la transformation de la choline en base vynile.

Il a constaté qu'en chauffant ce chlorhydrate de choline au bain-marie pendant douze heures, on lui imprime déjà une première modification, à preuve qu'une dose de $0^{gr},01$ suffit maintenant pour ralentir de moitié les contractions du cœur de la grenouille avec prédominance des diastoles, effets que dissipe rapidement l'atropine.

Quand on décompose le chlorhydrate de choline au moyen de l'oxyde d'argent, pour neutraliser ensuite la base avec de l'acide lactique, si on chauffe ce lactate pendant vingt-quatre heures au bain-marie, on obtient un produit qui déjà à la dose de $0^{gr},015$ produit l'arrêt du cœur de la grenouille en diastole ; au bout de quarante-cinq minutes d'arrêt on réussit encore à réveiller les contractions cardiaques avec de l'atropine. En même temps il se produit une paralysie musculaire généralisée, sur laquelle l'atropine est sans influence. On a donc ainsi obtenu, par simple

échauffement, un produit qui est doué des mêmes propriétés toxiques que la base vinyle (neurine de Brieger).

De même, en chauffant au bain-marie le tartrate de choline, Gram a réussi à obtenir un produit de transformation identique.

Avec de la viande de bœuf dégraissée, Gram a préparé un chloroplatinate de choline, présentant les mêmes propriétés que la choline préparée avec le jaune d'œuf et qui se laissait transformer avec une égale facilité en base vinyle.

Tout cela confirme les résultats des expériences de Brieger, établissant que beaucoup de ptomaïnes dérivent de la choline et que celle-ci est transformée en base vinylique sous l'influence de certaines bactéries. Il est surabondamment démontré que la choline est un produit très instable et se transforme avec une extrême facilité en base vinyle. Comme d'ailleurs la choline se rencontre dans presque tous les organismes du règne animal et végétal, il y aura lieu de tenir compte des faits qui précèdent dans la recherche des ptomaïnes, surtout en ce qui concerne celles dont l'action toxique se manifeste par des effets analogues à ceux de la muscarine.

V. — L'auteur rappelle qu'en 1869 Schmiedeberg a interprété l'arrêt du cœur, produit par la muscarine, en attribuant à cette substance la propriété d'exciter les ganglions d'arrêt contenus dans l'épaisseur de la paroi cardiaque. Cette interprétation a rencontré de nombreux contradicteurs (Luchsinger, Gaskell, Klug, Löwit et Ransom, etc.), qui ont trouvé plus simple d'expliquer l'arrêt du cœur muscarinisé en invoquant une paralysie du muscle cardiaque. Pour réfuter cette opinion, pour mettre en pleine lumière l'exactitude de l'interprétation de Schmiedeberg, Kobert a entrepris une série d'expériences et consigné les résultats obtenus dans un mémoire qui peut passer pour un modèle de critique expérimentale.

Au préalable, Kobert a eu bien soin d'insister sur certaines précautions indispensables à prendre pour pouvoir apprécier l'action de la muscarine en bonne connaissance de cause. Il importe d'employer une préparation de muscarine parfaitement pure, et les échantillons qu'on trouve dans le commerce ne réalisent point cette condition. Il est erroné d'assimiler au point de vue de leur action sur le cœur, d'une part la muscarine, et de l'autre des substances qu'on rattache à celle-ci pour en faire un groupe unique (bromure de triméthylbenzylammonium, chlorure de triméthylammonium, etc., etc.). Enfin il ne faut faire agir sur le cœur que des doses de muscarine assez faibles, passé lesquelles ce poison agit effectivement sur le muscle cardiaque en le paralysant, action qui masque celle que la muscarine exerce sur les ganglions d'arrêt, ainsi qu'il résulte clairement des expériences suivantes :

1° *Expériences faites sur des segments isolés du cœur* (d'une grenouille) *non extirpé.* — On place une pincette ou une ligature sur la pointe du cœur mis à nu ; la pointe se trouve ainsi privée de toute communication avec les nerfs, et elle cesse de se contracter. Si ensuite on empoisonne l'animal avec de la physostigmine, poison qui excite la substance musculaire, la pointe du cœur ligaturée se remet à battre. En répétant l'expérience sur une autre grenouille, avec l'atropine, on ne réussit pas à réveiller les contractions de la pointe. Donc ce n'est pas en excitant le

muscle cardiaque, comme d'aucuns l'ont prétendu, que l'atropine réveille les contractions du cœur muscarinisé.

Le résultat est le même lorsqu'on pince un cœur de grenouille, laissé en place, au niveau du sillon auriculo-ventriculaire, de façon à isoler la totalité du ventricule. Si, dans ces conditions, on laisse tomber sur les ventricules quelques gouttes d'atropine, c'est tout au plus si on développe quelques contractions désordonnées, tandis qu'avec la physostigmine et le camphre, on réveille des contractions régulières et énergiques, qui se continuent durant plusieurs heures.

Si, quand le ventricule isolé se remet à battre sous l'influence de la physostigmine, on applique à sa surface de l'apomorphine ou du tartrate double de cuivre et de soude, substances qui paralysent la fibre musculaire, les contractions s'arrêtent, résultat qu'on n'obtient point avec la muscarine à dose suffisante pour arrêter le cœur en diastole dans les circonstances normales. Donc la muscarine, à cette dose, ne paralyse pas le muscle cardiaque.

2° *Expériences sur des fragments de cœur excisés.* — Quand on excise des fragments d'un cœur de grenouille, il s'en trouve toujours quelques-uns qui continuent de se contracter, principalement ceux qui contiennent des éléments nerveux (cellules ganglionnaires). Kobert a déposé de ces fragments de cœur excisés dans un peu de sérum maintenu à la température ordinaire, auquel il a ajouté ensuite une gouttelette de muscarine. Aussitôt les fragments qui provenaient du sinus ont cessé de battre ; ils se contractaient de nouveau, lorsqu'on ajoutait au sérum une minime quantité d'atropine. Les fragments de cœur qui ne provenaient pas du sinus, mais de la région environnante, ne continuaient pas tous de battre après leur excision. L'addition d'une quantité double de muscarine n'arrêtait pas leurs pulsations. Lorsque celles-ci cessaient spontanément, il était impossible de les réveiller par l'addition d'atropine. L'arrêt des pulsations déterminé par la muscarine sur les fragments provenant du sinus ne peut donc s'expliquer que par une excitation des ganglions d'arrêt. En passant, Kobert rappelle que Ranvier et Vignal prétendent avoir pu distinguer sous le microscope, dans des cœurs provenant d'espèces animales très diverses, les deux espèces de ganglions (d'arrêt et excito-moteurs) dont l'existence a été affirmée par Schmiedeberg. Il ajoute que la muscarine pourra servir de réactif propre à déceler la présence des ganglions d'arrêt sur des fragments de cœur assez petits pour ne contenir qu'une seule espèce de cellules ganglionnaires.

D'autre part, en enregistrant les contractions cardiaques d'un cœur de grenouille isolé, et en le mettant sous l'influence soit de l'atropine, soit de la muscarine, Kobert a constaté que celle-ci ne paralyse nullement l'activité fonctionnelle du muscle cardiaque, pas plus que l'atropine ne l'augmente.

3° *Expériences sur le cœur mis à nu et laissé en place.* — La plupart des physiologistes admettent qu'un poison paralysant ramène à son état normal un organe qui est sous l'influence d'un toxique excitant, et que l'inverse n'a pas lieu. En empoisonnant des grenouilles avec une dose de 2 à 5 milligrammes d'atropine, il a été impossible d'obtenir ensuite l'arrêt du cœur à l'aide de la muscarine ; au contraire, avec des substances

qui paralysent, à n'en pas douter, la fibre musculaire, l'arrêt du cœur atropinisé a été obtenu avec des doses qui ne dépassaient pas celles qui sont nécessaires pour obtenir l'arrêt du cœur dans les circonstances ordinaires. En appliquant de l'atropine sur un cœur préalablement paralysé à l'aide de l'apomorphine ou d'un sel de cuivre, la paralysie cardiaque a persisté, tandis que l'application consécutive d'une dose minime de camphre ou de phystostigmine a réveillé les contractions du cœur. Donc, au point de vue de son action sur le cœur, le cuivre diffère essentiellement de la muscarine, et la physostigmine de l'atropine.

4° *Expériences faites sur des organes d'animaux à sang chaud.* — En entretenant la circulation artificielle (sang défibriné) dans l'un des membres ou dans le rein d'un animal sacrifié dont on maintient la température à 38 degrés, le sang s'écoule des veines avec une vitesse uniforme. Si ensuite on ajoute au sang injecté une faible quantité de physostigmine ou de vératrine, poisons qui excitent la substance musculaire, la vitesse de l'écoulement sanguin par les veines diminue; la teinte de l'organe pâlit, en même temps que ses vaisseaux se contractent. Si on se remet à injecter du sang normal, la vitesse d'écoulement augmente peu à peu pour revenir à son intensité première. En répétant l'expérience avec l'atropine, Kobert a constaté que sous l'influence de ce poison l'écoulement du sang, loin d'augmenter, diminue, contrairement à ce qu'avaient annoncé Bezold et Mosso.

D'autre part, quand on injecte dans les veines d'un animal à sang chaud une légère dose de muscarine, on voit immédiatement les intestins mis à nu exécuter des mouvements péristaltiques violents, qu'on fait cesser tout aussitôt en injectant une certaine quantité d'atropine. De même, en appliquant sur les glandes salivaires d'un mammifère quelconque, sur les glandes cutanées de la salamandre, sur les organes sécréteurs de la sèche, un peu de muscarine, il se produit instantanément une hypersécrétion, qu'on réussit à réprimer par l'application consécutive de l'atropine.

5° *Expériences faites sur certains animaux inférieurs.* — Le cœur de l'escargot des vignes (*Helix pomatia*) peut être mis très facilement à nu, sans qu'il faille endommager l'animal; sa paroi musculaire est constituée par des fibres lisses. Vulpian (*Académie des sciences*, 1879) a réussi à obtenir l'arrêt en diastole du cœur de l'escargot, en appliquant à sa surface une faible dose de muscarine, puis à réveiller les contractions cardiaques par l'application consécutive de l'atropine. Kobert a répété l'expérience bien des fois, sans jamais obtenir un arrêt durable du cœur en diastole, et quand cet arrêt se produisait d'une façon passagère, il ne cédait point à l'action de l'atropine. D'où il conclut que le cœur de l'escargot ne possède pas un appareil d'arrêt comparable à celui des vertébrés. Il en serait de même du cœur de l'écrevisse, de la sangsue, des vers.

6° *Expériences faites sur des embryons.* — Les expériences faites sur des larves d'amphibies, de poissons, d'oiseaux et de mammifères, et que l'auteur expose en détail, ont fourni de nouvelles preuves que l'arrêt du cœur en diastole, déterminé par la muscarine, est dû à une excitation des ganglions d'arrêt, et que l'atropine agit en sens inverse, en paralysant ces mêmes ganglions.

Les résultats contraires, annoncés par d'autres auteurs, sont attribua-

bles, suivant Kobert, à l'emploi d'une muscarine impure, adultérée par la présence d'une base agissant à la façon de l'atropine. Pour obtenir l'arrêt du cœur avec de pareils échantillons de muscarine, il faut employer des doses très fortes, auxquelles doses la muscarine paralyse effectivement les fibres musculaires du cœur.

Dans une note additionnelle, un élève de Kobert, Ziegler, expose la technique qu'il a employée pour mettre en évidence, sous le microscope, les cellules ganglionnaires contenues dans l'épaisseur de la paroi cardiaque des larves de grenouille. E. RICKLIN.

I. — La cascara sagrada (Rhamnus purshiana), par EYMERI (*Bull. gén. de thérapeut.*, 30 *juin* 1885).

II. — Ueber Wirkung der Cascara Sagrada auf die Absonderung-Säfte (De l'action de la cascara sagrada sur les sucs digestifs), par TSCHELZOFF (*Centrbl. f. die med. Wiss.*, 25 *avril* 1885).

I. — C'est un arbuste originaire de la côte pacifique de l'Amérique du Nord. D'après A. Prescott, l'écorce contient trois résines, une brune, une rouge et une jaune clair, un corps cristallisant en pyramides blanches, du tanin, etc.

Landowski est le premier (*R. S. M.*, XXVI, 57) qui en ait fait usage en France. Eymeri a fait des expériences dans le service de Dujardin-Beaumetz, chez des malades atteints de constipation habituelle. Il a donné d'abord la poudre de l'écorce dans des pains azymes contenant chacun $0^{gr},25$ de poudre. Un seul suffit quelquefois; mais le plus souvent il est nécessaire d'en donner deux ou même trois. Au bout de cinq à six heures, en moyenne, il s'est produit deux ou trois selles presque toujours solides. Au début, l'action purgative ne se fait pas sentir au delà du premier jour et la constipation n'est guère modifiée. Il est nécessaire de continuer le traitement pendant quinze jours à un mois. On donne d'abord de deux à quatre cachets de poudre, suivant le degré de la constipation, tous les jours pendant une semaine. On peut l'administrer ensuite de deux en deux jours, en diminuant ainsi progressivement les doses et en les espaçant de plus en plus, jusqu'à ce que les selles paraissent se produire d'une façon spontanée. Il est souverain dans la constipation habituelle; ses effets purgatifs se manifestent sans aucun trouble du côté des diverses fonctions, et l'usage peut en être prolongé aussi longtemps que l'on veut sans le moindre danger, pourvu que l'on se contente de faibles doses.

L'extrait fluide est préparé de façon que le poids de l'extrait représente exactement le même poids de la substance employée. La dose ne doit pas dépasser 30 ou 40 gouttes. Une cuillère à café a donné des coliques assez vives chez deux malades de l'hôpital Cochin.

BAZILE FÉRIS.

II. — Résultats d'expériences sur des chiens.

L'introduction de la cascara sagrada dans l'estomac n'active pas la sécrétion de la salive, mais elle augmente celle des sucs gastrique et pancréatique et de la bile ; elle n'influence pas la pression sanguine. Lorsqu'on injecte cette substance dans le sang, l'animal présente des phénomènes généraux graves et meurt souvent rapidement, de plus la

pression sanguine s'abaisse très vite. Cette action tient sans doute à l'oblitération des vaisseaux cardiaques par de petites coagulations dues à l'introduction de la cascara dans le sang. Enfin son influence sur les fonctions intestinales est peu marquée. L. D.-B.

The influence of cocaïne, atropine and caffeine on the heart and bloodvessels, (Action de la cocaïne, de la caféine et de l'atropine sur le cœur et les vaisseaux), par H.-G. BEYER (*Americ. Journal of med. sc., juillet* 1885).

1° La cocaïne a des effets extrêmement rapides et uniformes sur le cœur ;

A petites doses elle à une action stimulante ; à doses moyennes, elle a une influence inhibitrice sur la contraction ventriculaire ; à hautes doses elle produit l'arrêt en diastole.

A petites ou hautes doses, la cocaïne amène une contraction des vaisseaux sanguins tout à fait indépendante du système nerveux central.

L'accroissement de la pression sanguine, résultant de l'administration de cette substance, est due à une action directe sur le cœur et les vaisseaux.

2° L'atropine augmente le nombre des battements cardiaques et accroît le travail du cœur ; elle exerce une influence inhibitrice sur les contractions ventriculaires ; elle amène tout d'abord une contraction, puis un relâchement des vaisseaux sanguins.

3° La caféine, à petites comme à hautes doses, amène une dilatation des vaisseaux. A. C.

Ueber Rhodannatrium (Sulfocyanate ou rhodanhydrate de sodium), par PASCHKIS (*Soc. des méd. de Vienne*, 10 *avril* 1885).

Le sulfocyanate de potassium existe dans la salive et l'urine. L'auteur a étudié les propriétés du sulfocyanate de sodium afin d'éviter une cause d'erreur : l'action du potassium sur le cœur. Il s'est assuré ensuite que le sel qu'il employait avait les mêmes propriétés que l'acide sulfocyanique, car il a reproduit avec une solution de cet acide les effets que lui donnait son composé.

Injecté sous la peau des grenouilles, le sulfocyanate de sodium exagère l'excitabilité réflexe ; il suffit de faibles excitations pour provoquer chez ces animaux un tétanos analogue à celui de la strychnine mais plus durable, persistant même après la décapitation. Mêmes résultats chez les mammifères.

Le poison détermine chez les chiens une élévation de la pression sanguine, même après section de la moelle cervicale et suspension de la respiration ; il excite les terminaisons cardiaques du nerf vague.

L'instillation du poison dans le cœur arrête l'organe pendant 10 à 15 secondes ; les contractions peuvent être ranimées par l'atropine.

L. GALLIARD.

Urethan, ein neues Hypnoticum (L'uréthan, un hypnotique nouveau), par von JAKSCH (*Wiener mediz. Blaetter*, 1885).

L'uréthan est un corps dont Schmiedeberg et Jolly ont le premiers

recherché l'action hypnotique sur les animaux et les hommes. Sa formule est : $AzH^2 Co^2 C^2 H^2$, c'est l'éther éthylique de l'acide carbonique; il forme des cristaux blancs qui se dissolvent facilement dans l'eau sans odeur et de saveur nitreuse.

Après avoir expérimenté ce corps sur des lapins, J...l'administra 110 fois à 20 malades atteints d'affections différentes mais souffrant tous d'insomnie; à dose inférieure à 1 gramme, l'uréthan provoque le sommeil mais ne l'entretient pas; à la dose de 1 gramme, le sommeil est prolongé et tout à fait normal. Cet hypnotique paraît agir particulièrement sur le cerveau sans influencer le système nerveux périphérique : car il n'amende ni la toux tenace des tuberculeux, ni les douleurs lancinantes des tabétiques.

De ses observations sur l'uréthan, l'auteur tire les trois conclusions suivantes :

1° Il est très bien supporté par les malades ;

2° Il ne provoque absolument aucun phénomène accessoire;

3° Le sommeil qu'il engendre ne se distingue en rien du sommeil physiologique.

L'auteur ajoute qu'il a toujours administré ce médicament sans correctif, et les malades ne s'en sont jamais plaints. M. SCHACHMANN.

Ueber ein neues Iodpreparat (Une nouvelle préparation iodée), par WOLFF (*Tageblatt der 58ten Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte. Strasbourg, p.* 446, 1885).

La nouvelle préparation présentée par Wolff, sous le nom d'*iodol*, a été découverte par Ciamiccan et Dennstedt, en 1883. Elle prend naissance quand on fait agir l'iode sur le pyrol (C^4H^4Az) en présence de la potasse caustique. Elle a pour formule C^4I^4AzH; sa réaction est légèrement acide, comme celle des phénols; son prix de revient ne dépasse pas celui de l'iodoforme. Les échantillons présentés par l'auteur sont constitués par une poudre brune, amorphe, insoluble dans l'eau, peu soluble dans l'alcool à froid, soluble à chaud dans l'alcool, l'éther et l'acide acétique, très soluble dans une solution alcoolique de soude et dans l'huile. Elle contient 80 0/0 d'iode; elle est absolument inodore.

Les expériences cliniques faites avec ce nouveau produit sont encore trop incomplètes pour qu'on puisse juger la valeur de l'iodol. En applications topiques sur des chancres mous, l'iodol a produit le même effet que l'acide salicylique en poudre. Une solution huileuse, à 10 0/0, injectée sous la peau, n'a déterminé aucune réaction locale; on a constaté le passage de l'iode dans l'urine. Administrée à l'intérieur, à la dose maximum de 6 grammes par jour, l'iodol n'a pas provoqué la moindre trace d'irritation intestinale. E. RICKLIN.

Untersuchungen über die toxischen und therapeutischen Wirkungen des Wismuths (Recherches sur les effets toxiques et thérapeutiques du bismuth), par W. STEINFELD et Hans MEYER (*Archiv für experimentelle Pathologie und Pharmakologie, Band XX, Heft* 1 *et* 2, *p.* 40).

Ueber die Auscheidung des Wismuths durch den Darm (Sur l'élimination du

bismuth à travers l'intestin), par LES MÊMES (*Tageblatt der 58ten Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte. Strasbourg,* 1885).

Après avoir passé en revue les travaux antérieurs qui ont eu pour objet l'étude des effets pharmacodynamiques des préparations de bismuth, Hans Meyer expose les résultats des recherches expérimentales entreprises dans cette même voie par Steinfeld, dans son laboratoire de Dorpat. Dans ces recherches, l'auteur s'est servi : 1° d'une solution légèrement alcaline de tartrate double de bismuth et de sodium, obtenue en faisant dissoudre de l'oxyde de bismuth pur (sans mélange de plomb et d'arsenic) dans une solution d'acide tartrique neutralisée ensuite avec une lessive de soude. La liqueur ainsi obtenue renfermait 2gr,04 de Bi^2O^3 et 21gr,03 de tartrate et de carbonate de soude par 100 centimètres cubes de liquide ;

2° D'une solution de citrate double de bismuth et de sodium, préparée d'une façon analogue.

Tout d'abord, Steinfeld a étudié sur des grenouilles l'action physiologique de l'acide tartrique et de l'acide citrique.

Pour obtenir des effets physiologiques, il a fallu administrer des doses dépassant 0gr,08 pour l'acide tartrique et 0gr,04 pour l'acide citrique. On a constaté alors les phénomènes suivants : secousses fibrillaires dans tous les muscles du squelette, qui débutaient par l'arrière-train et persistaient après la section des nerfs périphériques. Quelquefois cette section était suivie d'un état de tétanie musculaire, qui durait plusieurs minutes. L'électrisation directe ou indirecte des muscles développait également des contractions à caractère tétanique. Il appartient à des expériences ultérieures de décider si ces phénomènes sont dus à une action directe des acides tartrique et citrique sur la fibre musculaire, analogue à l'action de la vératrine, ou s'ils résultent d'une modification imprimée aux fibres nerveuses.

Du côté du cœur, Steinfeld a noté un ralentissement progressif des contractions cardiaques, jusqu'à l'arrêt complet. Souvent aussi les contractions revêtaient un caractère péristaltique désordonné. Quand on administre des doses qui ne sont pas mortelles, les modifications imprimées aux muscles du squelette survivent aux phénomènes cardiaques ; puis peu à peu et en l'espace de vingt à trente heures tout rentre dans l'état normal, à moins qu'on n'ait employé des doses massives (0gr,2-0gr,3), auquel cas il se développe une paralysie intéressant les muscles et les nerfs, qui entraîne la mort de l'animal.

En expérimentant ensuite avec le tartrate double de bismuth et de soude, l'auteur a constaté qu'avec une dose variant de 6 à 25 milligrammes, les premiers symptômes de l'empoisonnement ne se manifestent qu'au bout de 5 à 7 heures au plus tôt, et d'habitude seulement au bout de 15 à 20 heures. Il se développe une exagération du pouvoir excito-moteur, par suite de laquelle les moindres impressions tactiles déterminent des contractures en tout semblables aux contractures strychniques, en même temps que l'animal se met à coasser. Ces accès de contracture ont jusqu'à quinze minutes de durée; ils se répètent à des intervalles irréguliers, à partir du second et surtout du troisième jour. Au sortir de chaque accès, l'animal reste pendant quelque temps inerte

sans respiration, ne réagissant plus contre les excitations du dehors. Détail sur lequel insiste l'auteur, tandis que les irritations portées sur les membres ne développaient pas toujours des accès tétaniques, ce résultat a toujours été obtenu après qu'on eut soulevé l'animal par la nuque. A mesure que se répètent les attaques, elles vont en s'espaçant. L'animal finit par succomber à la paralysie cardiaque. L'auteur conclut que les sels de bismuth agissent sur la moelle allongée, en excitant les centres convulsivants à la façon de la picrotoxine, de la cicutoxine, des sels de baryte, et que peu à peu cette excitation se propage à tout le névraxe, pour ensuite aboutir à une paralysie généralisée du système nerveux central. L'excitabilité des nerfs périphériques et des muscles reste intacte jusqu'à la fin. L'auteur fait remarquer en outre que l'excitation exercée par les sels de bismuth sur le bulbe n'intéresse pas le centre des fibres d'arrêt contenues dans le nerf vague. Le bismuth ne paraît pas influencer directement l'appareil circulatoire ; les modifications tout à fait passagères des contractions cardiaques, notées au début des expériences, sont imputables à l'acide (tartrique ou citrique) avec lequel est combiné le métal.

Les expériences faites sur des mammifères ont donné les résultats suivants : l'action toxique du bismuth intéresse d'abord le système nerveux et d'une façon spéciale certains départements de la moelle et du bulbe. Dans une première phase, elle consiste dans une exagération du pouvoir excito-moteur (convulsions périodiques, respiration tumultueuse, vomissements, etc.) ; puis, dans une seconde phase, surviennent des phénomènes de paralysie caractérisés par une paralysie motrice d'origine centrale, l'abaissement de la pression intra-vasculaire, le ralentissement de la respiration. Après le système nerveux, c'est le cœur qui est influencé ; ses ganglions moteurs sont frappés d'une paralysie plus ou moins tranchée.

Lorsque les animaux ne succombent pas à ces premiers accidents, on est à même d'observer les effets de l'action toxique du bismuth sur d'autres organes, reins, tube digestif et principalement muqueuse buccale et muqueuse du gros intestin. On constate de l'albuminurie, de la stomatite, de la diarrhée, du ténesme.

Les autopsies des animaux qui avaient succombé à un empoisonnement chronique par des sels de bismuth (injectés sous la peau ou dans une veine) ont donné des résultats très intéressants, propres à nous éclairer sur les voies et le mode d'élimination du bismuth. Constamment le gros intestin et ses annexes étaient le siège d'une teinte noire foncée; souvent il existait, en outre, de vastes foyers de nécrose sur la muqueuse du gros intestin, tandis que l'estomac et l'intestin grêle avaient conservé leur état normal. L'analyse chimique de la paroi intestinale et du contenu de l'intestin a démontré que le tube digestif, sur toute son étendue, avait servi de voie d'élimination au bismuth, mais que cette élimination avait été de beaucoup plus active à la surface du gros intestin, et que le métal avait été éliminé à l'état de sulfure. En faisant préalablement ingérer aux animaux des préparations de soufre, l'élimination du bismuth fut augmentée à travers l'estomac et l'intestin grêle ; la paroi de l'estomac était fortement pigmentée en noir. D'où l'auteur conclut que la présence de l'acide sulfhydrique favorise l'élimination du bismuth, en précipitant ce

métal en circulation dans les capillaires de l'intestin à l'état de sulfure insoluble, qui joue ensuite le rôle de corps étranger. Autrement le métal rentre dans le torrent circulatoire, pour ensuite être éliminé en majeure partie par les reins. Il importe d'insister sur ce que, dans les circonstances ordinaires, le filtre rénal représente la principale voie d'élimination du bismuth. Et comme les foyers de nécrose et les ulcérations ont été rencontrés presque exclusivement sur les portions du tube digestif, au niveau desquelles la pigmentation atteignait sa plus grande intensité, on est conduit à cette autre conclusion : que la précipitation du bismuth dans l'épaisseur de la muqueuse intestinale a donné naissance à ces complications ulcéreuses, le métal précipité déterminant par places l'oblitération des capillaires et des vaisseaux les plus ténus. D'ailleurs, en faisant ingérer simultanément aux animaux des sels de bismuth et des substances propres à faire dégager de l'hydrogène sulfuré, on n'a observé ni escharification, ni ulcération, ni pigmentation de la muqueuse, évidemment parce que le bismuth et l'hydrogène sulfuré, en se combinant, se neutralisaient mutuellement.

D'après l'auteur, il est vraisemblable que dans l'intoxication mercurielle, l'inflammation et la nécrose de la muqueuse gastro-intestinale sont d'une façon analogue sous la dépendance des fermentations putrides qui font dégager de l'acide sulfhydrique. On sait d'ailleurs qu'on prévient le développement de la stomatite mercurielle par l'usage de dentifrices et de collutoires antiseptiques, ayant la propriété de détruire l'acide sulfhydrique. Peut-être réussira-t-on, à l'aide des mêmes moyens, à prévenir l'entérite et la nécrose du gros intestin, qui surviennent à titre de manifestations de l'intoxication mercurielle.

D'après l'ensemble des résultats fournis par ces recherches, l'auteur se croit autorisé à conclure que des substances qui se rapprochent le plus du bismuth au point de vue pharmacologique sont le nickel et, peut-être, le cobalt, dont les effets pharmacodynamiques ont été étudiés récemment par Stuart.

Dans un dernier chapitre l'auteur touche à la question des applications thérapeutiques du bismuth en chirurgie. Kocher, entre autres, a préconisé l'emploi du pansement au sous-nitrate de bismuth. L'action topique salutaire de cette substance a été attribuée à la mise en liberté d'une faible quantité d'acide nitrique. Pour élucider cette question, Meyer a pansé avec de l'oxyde de bismuth ou du carbonate basique de ce métal des plaies profondes pratiquées dans les chairs du dos ou des cuisses, sur des chiens. Il n'a pas été possible de suivre le processus de cicatrisation jusqu'à la fin, parce que les animaux succombaient au bout de 20 à 30 heures, avec les symptômes de l'empoisonnement par le bismuth, ce qui n'arrivait pas sur des sujets de contrôle, pansés avec le magistère de bismuth. D'ailleurs le pansement à l'oxyde de bismuth avait exercé sur les plaies une action topique analogue à celle du sous nitrate de bismuth.

Meyer s'est demandé si l'action cicatrisante du magistère de bismuth ne tiendrait pas à ses qualités physiques de poudre fine, impalpable, assez indifférente au point de vue chimique. Des expériences comparatives ont été faites avec du sulfate de baryum fraîchement lavé, et les résultats obtenus parlent en faveur de l'hypothèse énoncée ci-dessus. Ces expé-

riences, qui ont été faites sur des animaux, demandent à être reprises sur l'homme. E. RICKLIN.

Ueber die Wirkungen des Rubidium und Caesiumchlorids auf den quergestreiften Muskel des Frosches (Des effets du chlorure de rubidium et du chlorure de cæsium sur le muscle strié de la grenouille), par F. HARNACK et E. DIETRICH (*Archiv für experimentelle Pathologie und Pharmakologie, Band XIX, Heft* 3, *p*. 153).

Les recherches que l'auteur a faites pour étudier l'action des chlorures de rubidium et de cæsium sur la contractilité des muscles striés de la grenouille ont eu pour résultat principal de démontrer que cette action, à l'intensité près, est identique à celle du potassium. Le rubidium exerce sur la fibre musculaire striée une action paralysante, moins prononcée que celle du potassium; le cæsium est moins actif que le rubidium et plus que le sodium. Il semble donc qu'au point de vue de l'action exercée sur les muscles striés par les métaux alcalins, le rubidium et le cæsium doivent prendre place entre le potassium et le sodium et combler en partie l'intervalle qui sépare ces deux métaux. On sait d'ailleurs que l'ammonium (chlorure) n'exerce sur la fibre musculaire striée qu'une action paralysante très faible, plus faible que celle du chlorure de sodium, et que les sels de lithine n'influencent pas la contractilité des muscles striés. On peut ainsi établir pour les métaux alcalins, considérés au point de vue de leur action dépressive sur la contractilité des fibres striées, une échelle descendante qui s'étend du potassium au lithium en passant par le rubidium, le cæsium, le sodium et l'ammonium.

Établir un rapport fixe entre le degré de cette action paralysante et les poids atomiques des métaux correspondants est chose impossible, ces poids atomiques allant en augmentant dans l'ordre suivant : lithium, sodium, potassium, rubidium et cæsium. E. RICKLIN.

Ueber die Giftigkeit der Phosphor-Sauerstoffverbindungen und über den Chemismus der Wirkung unorganischer Gifte (Sur la toxicité des combinaisons oxygénées du phosphore et sur le mécanisme chimique de l'action des poisons inorganiques), par H. SCHULZ (*Archiv für experimentelle Pathologie und Pharmakologie, Band XVIII, Heft* 1 *et* 2, *p*. 174).

Dans un travail antérieur publié par Binz et Schulz et relatif au mécanisme intime de l'intoxication arsenicale (*R. S. M.*, XIV, 121), les deux auteurs avaient posé en principe que les différents membres de la série qui a pour chef de file l'azote, c'est-à-dire, outre ce dernier corps, le phosphore, l'arsenic, l'antimoine, le bismuth et le vanadium, forment des combinaisons toxiques qui produisent leurs effets délétères en suractivant les échanges qui s'opèrent entre la substance constituante des cellules et l'oxygène. Dans ce nouveau travail, Schulz étudie d'une façon spéciale le mécanisme intime de l'action toxique des combinaisons oxygénées du phosphore, à propos de chacune desquelles il s'attache à démontrer l'exactitude du principe énoncé ci-dessus.

Des six combinaisons du phosphore, les deux dont les molécules renferment des atomes d'oxygène en nombre pair, l'acide hypophos-

phoreux H^3PhO^2 et l'acide orthophosphorique H^3PhO^4 sont dépourvus de toxicité. Pour le second de ces deux acides, la chose est facile à comprendre : l'acide orthophosphorique est saturé d'oxygène qui s'y trouve fixé de telle sorte que l'acide en question ne subit jamais de réduction pendant son passage à travers l'organisme. Voilà qui cadre avec le principe posé par Schulz et par Binz : l'acide orthophosphorique est dépourvu de toxicité, parce que dans les milieux intérieurs de l'organisme animal il n'abandonne ni ne soustrait de l'oxygène aux cellules.

L'acide hypophosphoreux, qui, lui, n'est pas saturé d'oxygène, se transforme, dans l'organisme, en acide orthophosphorique, substance inoffensive, par fixation d'une molécule entière d'oxygène : $H^3PhO^2 + O^2 = H^3PhO^4$.

Les autres combinaisons oxygénées du phosphore, dont la molécule renferme des atomes d'oxygène en nombre impair, se comportent de la façon suivante : l'acide phosphoreux se transforme en acide phosphorique en s'annexant un atome unique d'oxygène, ce qui nécessite le dédoublement d'une molécule de ce corps : $HPhO^3 + O^2 = HPhO^3 + O$. Pour l'acide hypophosphorique, Schulz admet qu'il se dédouble dans l'organisme en acide phosphoreux et en acide pyrophosphorique. Il représente comme une éventualité possible que l'acide pyrophosphorique se dédouble à son tour en acide hypophosphorique avec mise en liberté d'un atome d'oxygène, et de même que l'acide métaphosphorique se dédouble en acide phosphoreux avec mise en liberté d'un atome d'oxygène.

Bref, les combinaisons oxygénées toxiques du phosphore ne peuvent se transformer en acide orthophosphorique, combinaison inoffensive, qu'en mettant en liberté de l'oxygène atomistique. Ces combinaisons doivent leur toxicité à ce qu'elles agissent comme substances réductrices, puisqu'elles dédoublent une molécule d'oxygène pour s'annexer un atome de cette molécule, et aussi parce qu'elles agissent indirectement comme substances oxydantes, l'autre atome d'oxygène mis en liberté entrant immédiatement dans des combinaisons nouvelles.

A propos de l'action toxique de l'acide arsénieux, l'auteur, dans le travail qu'il a fait en collaboration avec Binz, avait posé en principe que l'action toxique de cette substance est due en *majeure partie* à l'action réductrice qu'exerce sur les cellules l'acide arsénieux qui se transforme en acide arsénique, et *secondairement* à l'action oxydante qu'exerce l'acide arsénique lorsqu'il retourne à l'état arsénieux.

Cette théorie, Schulz l'étend aux combinaisons toxiques des autres substances du groupe de l'arsenic, à l'azote, au phosphore, au bismuth, à l'antimoine, au vanadium : les effets toxiques sont causés surtout par une action réductrice primordiale et, accessoirement, par une action oxydante, seconde en date. Ainsi, fait remarquer l'auteur, l'acide phosphoreux, l'acide azoteux et l'acide arsénieux agissent comme toxiques quand ils pénètrent dans l'organisme combinés à la soude ; ils désorganisent les éléments cellulaires en leur soustrayant de l'oxygène pour passer à l'état d'acides phosphorique, azotique et arsénique. Que si l'on administre les combinaisons sodiques de ces trois acides, on constate ce qui suit : le phosphate de soude est absolument inoffensif ; l'azotate de soude peut, dans certaines circonstances, produire des effets délétères ; l'arséniate de soude se comportera toujours comme un toxique. La raison

de ces différences est bien simple. L'acide orthophosphorique est fixe, irréductible ; l'acide azotique, à la faveur de certaines circonstances, se transformera rapidement en acide azoteux, et c'est alors qu'il occasionnera des symptômes d'empoisonnement ; l'acide arsénique est toujours et énergiquement ramené à l'état d'acide arsénieux.

Dans la seconde partie de son mémoire, l'auteur poursuit l'application de sa théorie à l'interprétation de l'action toxique d'une série de métaux : fer, manganèse, nickel, cobalt, chrome, plomb. Ce qui a frappé surtout dans les effets délétères produits par ces métaux sur l'organisme, c'est l'action caustique de contact, due à la formation d'albuminates métalliques. Mais celle-ci n'est qu'un moyen, pour le métal, d'atteindre le but final de sa toxicité, l'action qui s'exerce sur les cellules parenchymateuses. Pour cela il est nécessaire que le métal pénètre dans le milieu intérieur à l'état de particules très ténues, résultat qui est atteint lorsque le métal passe à l'état d'albuminate, sous laquelle forme il est très soluble dans les humeurs.

Toujours est-il qu'en fin de compte les métaux ci-dessus nommés n'exercent, d'après Schulz, leur action toxique qu'en établissant entre eux et les cellules des échanges d'oxygène, qui consistent dans des alternatives de réduction et d'oxygénation. Le fer, par exemple, pénétrant ou passant à l'état d'oxyde ferreux, se transforme en oxyde ferrique (action réductrice) qui, en présence de certains principes organiques, repasse à l'état d'oxyde ferreux (action oxydante), et ainsi des autres métaux.

Il est ensuite un groupe de corps dont l'action toxique s'exerce avec l'intervention du chlore ; le mercure est le principal représentant de ce groupe. Quand il pénètre dans l'organisme à l'état de sublimé, ce dernier se dédouble en calomel, qui, dans les humeurs tenant en suspension des chlorures alcalins, repasse à l'état de bichlorure de mercure. Le chlore, mis en liberté pendant la première phase de ces échanges, décompose de l'eau et forme de l'acide chlorhydrique en mettant en liberté de l'oxygène *actif* comme dit Schulz, c'est-à-dire à l'état naissant, prêt à entrer dans des combinaisons nouvelles. Se comportent comme le mercure, l'or et le platine.

Quant au zinc, à l'étain, au cuivre et à l'argent, l'auteur n'ose encore se prononcer sur la question de savoir si leur action toxique s'exerce à la manière du phosphore et de l'arsenic par l'intermédiaire de simples échanges d'oxygène, ou si, comme pour le mercure, elle nécessite l'intervention du chlore. E. RICKLIN.

Sur la toxicité des matières organiques et salines de l'urine normale, par R. LÉPINE et P. AUBERT (*Lyon méd.*, 27 *septembre* 1885).

Pour établir la part qui revient aux matières salines et aux matières organiques comme toxicité, les auteurs établissent l'expérience suivante : on injecte à un chien dans la veine fémorale un volume d'urine normale susceptible d'amener la mort et on injecte à un autre chien une solution (volume égal d'eau) des cendres obtenues par incinération d'une quantité plus considérable d'urine que la dose injectée. On voit que s'il faut par exemple 60 centimètres cubes d'urine normale, par kilogramme de poids, pour amener la mort, on obtiendra le même résultat avec 65 cen-

timètres cubes de solution de cendres; au contraire, s'il suffit de 25 centimètres d'urine fébrile, il faudra presque le double (40 centimètres cubes) de solution de cendres de cette urine.

La toxicité spéciale des urines fébriles semble donc due pour la plus grande part aux matières organiques. A. C.

On a rare case of caffeine poisoning, recovery, par Edward N. LIELL (*New York med. journ.*, 19 *septembre* 1885).

Femme de 30 ans, nerveuse et très excitée. Une amie lui conseille de prendre de la caféine pour combattre la céphalalgie; elle se trompe de doses et absorbe, en l'espace d'une heure et demie, 18 grains (90 centigrammes) de caféine. A partir de la dernière prise, la malade fut agitée, sans repos, allant et venant dans la chambre; vers le matin, délire avec état d'inconscience, accélération du pouls, de la respiration. Douleurs violentes dans les entrailles; envies de vomir.

Quand l'auteur est appelé auprès d'elle, la phase d'excitation a fait place à un état de dépression inquiétant : extrémités froides, anesthésie et parésie des mains et des jambes. Pouls à 55, irrégulier. A deux reprises, apparition de crampes douloureuses dans les mollets. Pas de céphalalgie, stupeur profonde. Révulsifs, injections d'atropine, alcool. Les phénomènes se dissipèrent assez lentement; l'anesthésie et la parésie des membres ne disparurent que le cinquième jour. A. C.

Cocaïn-Intoxication, par MAYERHAUSEN (*Wien. med. Presse*, n° 22, 1885).

Voici un cas remarquable d'empoisonnement par la cocaïne à la suite d'instillation sur la conjonctive :

Une fille de 12 ans s'étant blessé la cornée avec une plume métallique dont l'encre avait coloré les couches moyennes de cette membrane, l'auteur entreprit l'abrasion; mais d'abord il instilla quatre fois, à cinq ou six minutes d'intervalle, deux gouttes d'une solution à 2 0/0 de chlorhydrate de cocaïne de Merck. Pendant l'opération, les douleurs nécessitèrent de nouvelles instillations, de sorte qu'en tout on employa 15 gouttes; mais les larmes en entraînèrent une partie.

Après l'opération, céphalalgie, puis chatouillement au cou et nausées. Le soir, abattement, torpeur, engourdissement de la langue. Pendant la nuit, délire, agitation. C'est seulement le lendemain soir que disparurent le malaise et la céphalalgie. Les troubles avaient duré 24 heures. L. GALLIARD.

Ueber eine unangenehme Nebenwirkung des Naphthalinum purissimum (Empoisonnement par la naphtaline), par PICK (*Deutsche med. Woch.*, n° 10, 1885).

L'accident déterminé par la naphtaline pure chez quelques malades traités par l'auteur consista en troubles de la sécrétion urinaire, ténesme vésical, sensation de brûlure de l'urètre, œdème du prépuce, coloration foncée de l'urine, qui est imprégnée de l'odeur du médicament. Ces troubles disparurent quand la médication fut suspendue.

Les trois sujets dont l'auteur donne les observations étaient atteints de catarrhe intestinal rebelle qui fut guéri par la naphtaline. Il est bon de l'associer à l'opium. L. GALLIARD.

Poisoning by aconitine, par Thomas STEVENSON (*Guy's hospital Reports XXVI et Vierteljahrss. f. gerichtl. Med. XLI, p.* 157, *juillet* 1884).

Stevenson relate d'abord la célèbre affaire du Dr Lamson qui empoisonna son beau-frère Percy John, âgé de 19 ans, en lui faisant prendre, dans une capsule de gélatine, une dose d'aconitine évaluée à 2 grains. Au bout de quatre heures, ce jeune homme succombait après avoir eu successivement du pyrosis, des vomissements, un sentiment général de rétraction des téguments et de constriction de la gorge, de la dysphagie, de la gastralgie, enfin du délire, et un ralentissement de la respiration et du cœur.

A l'autopsie : pupilles dilatées; cœur flasque, tacheté de pigment sanguin; cavités cardiaques presque vides. Hyperémie extrême du foie, de la rate et des reins. Congestion de la muqueuse gastrique qui, au voisinage du cardia, présente 6 ou 8 taches grises, un peu saillantes, chacune de la grosseur d'un petit haricot ; près du pylore, 2 ou 3 taches semblables, mais plus petites. La première partie du duodénum est aussi le siège d'une congestion intense ; les autres parties de l'intestin grêle ne sont congestionnées que par places.

Avec le foie, la rate, les reins, les vomissements, l'urine et la muqueuse gastrique, on put obtenir des extraits donnant sur la langue la sensation de l'aconitine de Morson et offrant ses réactions chimiques et physiologiques.

L'aconitine est de tous les alcaloïdes connus le plus toxique, car il suffit d'un vingtième de grain pour tuer un adulte. Stevenson n'a trouvé aucune différence d'action physiologique entre l'aconitine du *napel*, la pseudaconitine du *ferox* ou *indien* et la japaconitine tirée de la racine du *japonais*.

L'aconitine allemande à bon marché est presque sans action et paraît formée de produits de dédoublement de l'aconitine. La pseudaconitine et la japaconitine ne se trouvent pas dans le commerce.

L'aconitine de Morson a des effets foudroyants; elle est tirée du *napel;* à l'état amorphe, un deux millième de grain est toujours mortel pour une souris; à l'état cristallin, il n'en faut qu'un trois millième.

Le cas de Percy John (1881) et celui du Dr Mayer (*R. S. M.*, XVIII, 474) sont les deux seules observations d'empoisonnements mortels.

Quant aux cas d'intoxications non suivies de mort, voici les faits connus :

Le plus ancien concerne un lettré qui s'administra, *proprio motu*, d'un seul coup 2 1/3 grains. Immédiatement il s'affaissa sur lui-même et sa tête alla heurter un meuble, puis il eut des vomissements. Huit heures plus tard, on le trouva dans le collapsus, avec des battements cardiaques à peine perceptibles, l'intelligence intacte, aucune paralysie et des vomissements convulsifs s'accompagnant de contractions intenses du diaphragme et des muscles abdominaux. La déglutition offrait les mêmes spasmes que dans l'hydrophobie. Guérison au bout de 30 heures.

En 1880, en Hollande, on a signalé, outre le cas du Dr Mayer, deux autres empoisonnements par l'aconitine : l'un est celui du malade traité par ce médecin (*R. S. M.*, XVIII, 474), l'autre concerne un homme affaibli de 61 ans, atteint de bronchite. Il prit en tout un septième de grain, fractionné en 7 doses; après chaque dose, il ressentit un malaise. Cet homme présenta, outre

les symptômes observés dans le cas précédent, un sentiment de paralysie, des alternatives de surdité et de cécité, des contractions spasmodiques du corps, surtout à la face, une respiration d'abord ronflante et rapide, puis lente et apnéique, avec intégrité du sensorium.

Dans ces divers cas, les pharmaciens avaient, par erreur, délivré de l'aconitine française de Petit, au lieu de l'aconitine allemande de Friedlaender. D'après Pflügge, l'aconitine de Petit est 8 fois plus toxique que celle de Merck et 170 fois plus que celle de Friedlaender.

On n'a mentionné qu'un seul fait d'empoisonnement par l'aconitine allemande de Merck. Il s'agit d'un pharmacien qui, pour se suicider, avala 8 grains d'aconitine après manger. Une demi-heure plus tard, il éprouva les premiers symptômes : ardeur de la bouche et du pharynx, douleurs effroyables d'estomac. Puis il eut de l'impossibilité de déglutir, une toux spasmodique, des nausées, d'abord non suivies de vomissements, malgré l'administration d'un émétique. Une heure après l'ingestion du poison, il put rejeter avec beaucoup de peine un liquide vert foncé. Lorsque les douleurs eurent un peu diminué, cet homme se gratta jusqu'au sang le visage et la poitrine 3 heures après le début des accidents, perte de la parole. Collapsus, coma, abaissement considérable de la température et mort au bout de 12 heures. L'autopsie révéla les mêmes lésions que celles de Percy John. L'aconitine put être décelée dans l'estomac mais non dans l'urine.

Il n'existe aucun réactif spécial de l'aconitine; ce qui la caractérise, c'est d'une part sa saveur, d'autre part ses effets sur les animaux. Après des expériences sur lui-même, Stevenson déclare que la sensation qu'elle produit sur la langue est complétement différente de celle produite par plus de 70 autres principes végétaux : une goutte d'une solution d'aconitine, représentant un millième de grain, détermine tout d'abord une amertume à peine sensible et passagère. Mais au bout de 3 minutes, on éprouve une vive brûlure et un engourdissement douloureux, non seulement sur la langue mais au voisinage ; puis survient une salivation modérée avec sentiment consécutif de sécheresse et de constriction de la gorge. Avec un deux-millième de grain, ces troubles persistent de 2 à 3 heures ; avec un cinq-centième, ils durent de 5 à 8 heures. Ces expériences exigent une grande prudence. Stevenson mit une fois sur sa langue la valeur d'un trois-centième ou d'un quatre-centième de grain, une demi-heure après son repas. Il ressentit localement des phénomènes presque intolérables qui n'avaient pas disparu au bout de 8 heures ; les battements de son cœur étaient très irréguliers.

J. B.

De l'empoisonnement par les poissons; nature du poison (ptomaïne), par von ANREP (*Vratch.*, n° 14, 1885).

On observa à Kharkov, en février et mars 1885, plusieurs cas d'empoisonnement par de l'esturgeon salé ; cinq se terminèrent par la mort. Anrep, étudiant la cause de ces accidents, montra qu'il s'agissait d'une ptomaïne (la ptomaïne du poisson) qu'il put retirer de la viande incriminée, du contenu gastro-intestinal, du foie, du sang, du cerveau et de l'urine des victimes.

Cet alcaloïde diffère des ptomaïnes de Brieger (*R. S. M.*, XXVI, 39). C'est un corps amorphe, très alcalin, à sels solubles et éminemment toxique. Les caustiques, les alcalis, l'ébullition anéantissent ce pouvoir

toxique. Deux caractères principaux font reconnaître cette ptomaïne : sa fixité, soit à l'état solide, soit en solution éthérée; la lenteur de son action réductrice sur le sang.

Une injection hypodermique de un quart de milligramme chez un chien amène des vomissements, de la dilatation pupillaire, une prostration générale, le ralentissement des mouvements du cœur. Chez le lapin, l'action est beaucoup plus rapide et cette dose le tue en deux heures.

La marche des symptômes chez les malades et les victimes de cet empoisonnement est conforme aux recherches physiologiques et indique, d'après l'auteur, que le poison paralyse d'abord la moelle épinière, puis la moelle allongée et agit probablement aussi sur le système musculaire lisse. A. C.

THÉRAPEUTIQUE.

Dictionnaire de thérapeutique, de matière médicale, pharmacologie, toxicologie et des eaux minérales, par DUJARDIN-BEAUMETZ (Vol. I et II, in-4°, avec 500 fig. dans le texte, *Paris*, 1884-1885).

Il serait injuste de contester les progrès considérables réalisés par la thérapeutique dans ces dernières années; cette branche de la science médicale est entrée dans une voie nouvelle et féconde, en se pliant aux exigences de l'expérimentation et de la clinique. De ce fait, de précieuses acquisitions ont été réalisées. Les alcaloïdes mieux étudiés, mieux connus dans leur action physiologique, permettent une thérapeutique plus sûre, plus uniforme ; l'électricité médicale a fait un pas énorme, et s'il existe encore, entre les adeptes de cette méthode, des divergences d'interprétation, on ne saurait nier les résultats surprenants qu'on peut lui attribuer.

C'est à l'étude générale de ces questions, à la récapitulation des conquêtes de la thérapeutique, qu'est consacrée l'encyclopédie de Dujardin-Beaumetz et de ses collaborateurs.

L'auteur n'a pas reculé devant la tâche considérable de résumer dans le cadre d'un dictionnaire toutes les notions de thérapeutique, de matière médicale, de toxicologie, en y joignant l'étude de toutes les stations minérales. Deux volumes grand in-4° à deux colonnes ont déjà paru : ils vont de la lettre A à la lettre H. Deux volumes (ce qui sera bien juste) compléteront l'ouvrage dans un délai rapproché. Nous citerons, parmi les plus remarquables de ces deux premiers volumes, les articles : Aliment, Allaitement, Anesthésiques, Bromure, Belladone, Chaleur, Chloral, Curare, etc. Les articles sur les eaux minérales et sur l'électricité (plus de 100 pages grand in-4°) forment de véritables traités spéciaux. Il suffira d'indiquer le plan d'un article : l'auteur commence par l'histoire naturelle et médicale, puis chimique, décrit les variétés, les composés, passe à la médecine légale, la pharmacologie, l'action physiologique, la toxicologie

et la thérapeutique, le mode d'emploi et la formule. C'est un répertoire général absolument au courant de toutes les découvertes et études modernes, rédigé avec le plus grand soin et la plus grande impartialité. A. C.

Untersuchungen über den Einfluss warmer Bäder auf den Athemprocess. — Ein Beitrag zur Lehre von der Wärmeregulation und vom Fieber. (**Recherches sur l'influence des bains chauds sur le processus respiratoire. — Contribution à l'étude de la régulation de la chaleur et de la fièvre**), par **SPECK** (*D. Archiv f. klin. Med., Band XXXVII, p.* 107).

Dans un premier travail publié dans le volume XXXIII du même recueil, l'auteur est arrivé à cette conclusion que les bains froids, par eux-mêmes, n'augmentent pas la quantité de l'oxygène absorbé et de l'acide carbonique rejeté. Ce sont les mouvements, volontaires ou non, que provoque le froid, qui amènent une augmentation de ces deux facteurs, absorption d'oxygène et émission d'acide carbonique. Lorsqu'on reste absolument immobile après un bain à 20 ou 21°, on ne constate ni augmentation de la température axillaire, ni exagération du processus d'oxydation. Speck a entrepris avec les bains chauds des expériences du même ordre. Il prend sa température axillaire avant, pendant et après un bain de 37 à 39°. Il constate une augmentation de température d'un demi-degré à un degré, mais pas d'élévation de la quantité d'oxygène absorbée ni de la quantité d'acide carbonique exhalé.

Il résulterait donc de ces expériences que les circonstances extérieures, les variations de la température ambiante ne peuvent augmenter le processus d'oxydation qu'en amenant des mouvements, des contractions musculaires. D'un autre côté, un exercice violent, qui élève de 3 ou 4 fois des oxydations, ne parvient pas à faire monter le taux de la température de plus d'un degré. Il faut donc en conclure que la régulation de la température se fait par l'augmentation ou la diminution du calorique émis et non par la diminution ou l'augmentation des oxydations organiques. Il en serait de même dans la fièvre : elle résulte d'une déperdition moindre du calorique et non d'une oxydation exagérée. A. MATHIEU.

Versuch einer Bacteriotherapie, par CANTANI (*Centralbl. f. die med. Wiss., n°* 29, 1885).

On sait que certaines bactéries entravent les cultures d'autres schizomycètes pathogènes : cette donnée pourra peut-être, d'après Cantani, être utilisée dans le traitement de certaines maladies infectieuses. Il apporte un fait à l'appui de cette conception. Chez une femme atteinte de phtisie pulmonaire au troisième degré, il fit faire des inhalations d'une culture de bacterium termo ; l'expectoration diminua bientôt ; les bacilles de Koch disparurent des crachats, tandis qu'on y constata la présence de bacterium termo en très grande quantité; enfin l'état général de la malade s'améliora beaucoup. Sans s'illusionner sur la valeur d'un fait unique, Cantani le croit assez encourageant pour pousser les praticiens à s'engager dans cette voie. L. D.-B.

I. — Sur le chlorure de méthyle contre l'élément douleur dans des affections diverses, par TENNESON (*Société méd. des hôpitaux*, 11 *mars* 1885).

II. — Du chlorure de méthyle dans le traitement des névralgies, par C. VINAY (*Lyon méd.*, *p.* 350 *et* 369, 12 *juillet* 1885).

III. — De l'emploi des pulvérisations de chlorure de méthyle, par Jules CHAUVIN (*Thèse de Lyon*, *n°* 287, 1885).

I. — L'auteur rapporte 33 observations recueillies dans son service. Sur 10 cas de sciatique, 7 guérisons immédiates et complètes. 3 améliorations après applications réitérées du jet. Sur 11 cas de rhumatisme musculaire, 9 guérisons immédiates ; 2 après une seconde application. Dans cinq cas de rhumatisme articulaire aigu ou subaigu localisé, guérison rapide et complète. Même résultat dans 2 cas de rhumatisme articulaire chronique déformant ; dans un cas de contusion articulaire, dans un cas de douleur ostéo-périostique chez un tuberculeux ; dans 7 points de côté, dont 3 dans la tuberculose pulmonaire, 1 dans la pleurésie purulente, 3 dans la pneumonie lobaire aiguë.

Pour éviter les accidents imputables à la médication, érythème, hyperesthésie de la peau, vésication, escarre, il ne faut pas prolonger l'action du jet plus de 5 à 6 secondes, il faut avoir soin de ne pas diriger le premier jet perpendiculairement. H. L.

II-III. — Vinay a employé le chlorure de méthyle dans 9 cas de névralgie et 3 cas de lumbago ; ses collègues de l'hôpital de la Croix-Rousse lui ont communiqué 12 observations de névralgie, 1 de lumbago. Sur ces 21 cas de névralgie, 17 furent guéries, 4 améliorées ; les 4 lumbagos furent rapidement guéris.

Dans les cas de sciatique, il a fallu deux et même trois séances de pulvérisation ; il s'agissait, il est vrai, de sciatiques anciennes, graves. A. C.

I. — Ueber Osmiumsäure Injectionen bei periphäre Neuralgien (Injections d'acide hyperosmique contre les névralgies, par G. NEUBER (*Mittheil. aus der chir. Klin.*, 1883).

II. — *Idem*, **par A. WÖLFLER** (*Wiener med. Woch.*, *p.* 1495, 1884).

III. — Die Osmiumsäure-Behandlung bei peripharen Neuralgien, par EULENBURG (*Berl. klin. Woch.*, *p.* 99, 1884).

IV. — Osmic acid in sciatica, par James MERCES (*Lancet*, *p.* 58, 1885).

V. — The use of osmic acid in peripheric neuralgias, par George-W. JACOBY (*New York med. journ.*, 1er *août* 1885).

VI. — Ueber die therapeutische Anwendung der Ueberosmiumsäure, par LEICHTENSTERN (*Deutsche med. Woch.*, *n°* 1, 1885).

I. — Neuber publie les résultats de 3 cas de névralgie (2 sciatiques, 1 trijumeau) traités par les injections hypodermiques d'acide hyperosmique. Il fallut de 10 à 24 injections pour amener la guérison.

II et III. — Wölfler relate 8 cas (sciatique, trijumeau) ayant donné 5 guérisons radicales, et 4 améliorations très notables. Eulenburg n'a par contre obtenu presque que des insuccès : 3 guérisons sur 12 cas, 5 insuccès complets.

IV. — Merces a essayé l'acide osmique dans 18 cas qui avaient résisté

à toutes sortes de traitement. Dans 12 cas, la guérison a été rapide, à la suite de 1 à 4 injections. Dans 6 cas, il n'y eut qu'un soulagement temporaire.

V. — Jacoby a traité 18 malades (névralgies sciatique, brachiale, trijumeau, etc.,). Il a obtenu 8 guérisons, 2 améliorations, 8 insuccès. Dans un cas (névralgie sciatique) l'injection a produit, comme les cas d'Arnozan avec l'éther, une paralysie temporaire par névrite. Jacoby employait une solution à 1 0/0. Schapiro (*St-Peters. med. Woch*, 1885) a, dans 8 cas divers, obtenu de bons résultats de ces injections (*R. S. M.*, XXIV, 86). A. C.

VI. — L'auteur a traité, par l'injection sous-cutanée de quelques gouttes d'une solution d'acide hyperosmique au centième, 17 cas de névralgies rebelles diverses: névralgie intercostale, sciatique, névralgie plantaire des convalescents de fièvre typhoïde, rachialgie, pseudo-névralgie du cancer vertébral, douleurs de l'ataxie.

Deux fois il a obtenu une guérison complète, cinq fois une amélioration prolongée, quatre fois une amélioration passagère; six fois enfin le résultat est resté nul. Comme il ne pouvait espérer bien souvent, chez les ataxiques par exemple, qu'un soulagement momentané, il considère cette statistique comme très encourageante. Il assimile l'acide hyperosmique aux excitants cutanés, aux épispastiques dans leur action anti-névralgique.

Les injections sont souvent très douloureuses et redoutées par les malades; elles peuvent produire des escarres. L. GALLIARD.

Traitement de la phtisie catarrhale, des hémoptysies et des bronchites chroniques, par la terpine, par Germain SÉE (*Bullet. de l'Ac. de méd.*, 2e *série, t. XIV, n°* 30).

La terpine constitue, suivant l'auteur, un modificateur énergique de la muqueuse respiratoire. Elle diminue et tarit rapidement l'expectoration purulente dans les formes catarrhales de la phtisie. Que la secrétion muco-purulente provienne des bronches ou de la paroi des cavernes, que la maladie soit au début ou à une phase avancée, la terpine serait indiquée toutes les fois que la formation du pus est assez abondante pour fatiguer le malade, épuiser ses forces et entraîner le dépérissement. Elle serait également employée avec succès dans les hémoptysies de la tuberculose commençante.

Dans le traitement des catarrhes pulmonaires et des bronchites chroniques indépendantes de l'asthme, la terpine constituerait encore le meilleur moyen d'amoindrir l'hypersécrétion bronchique. Son action prompte, exempte de tout inconvénient physiologique, la rend préférable aux préparations de térébenthine, de goudron ou de bourgeons de sapin. Elle a sur la créosote l'avantage de sa parfaite innocuité et de sa facile digestibilité.

Quant au mode d'administration, c'est à la forme pilulaire et à la forme alcoolique qu'il faut donner la préférence. La dose moyenne est de un gramme. GASTON DECAISNE.

Du traitement de l'asthme nervo-pulmonaire et de l'asthme cardiaque par la pyridine, par Germain SÉE (*Compt. rend. Acad. des sciences*, 2 *juin* 1885).

Les remèdes empiriques employés contre l'asthme, et tous basés sur la combustion de certaines substances et l'inhalation des vapeurs ainsi produites, agissent tous par un corps spécial, la pyridine que renferment ces vapeurs, Ce corps (C^2H^5Az), qui se rencontre dans les produits de distillation sèche des matières organiques, est un liquide incolore très volatil, qui agit sur l'organisme en diminuant la réflectivité de la moelle et du centre respiratoire bulbaire. En faisant respirer à un asthmatique des vapeurs de pyridine, on voit l'oppression diminuer considérablement, la respiration devenir libre, facile, tandis que le cœur reste calme et régulier, et que le pouls conserve son rythme et sa force. L'emploi de la pyridine ne présente aucun inconvénient, sauf parfois un léger état nauséeux et vertigineux. En définitive, si la seule médication curative de l'asthme nervo-pulmonaire est l'iodothéraphie, c'est-à-dire l'ioduration du poumon et du système nerveux respiratoire, c'est la pyridine qui devient le seul palliatif efficace, quand l'iodisme survient et force d'interrompre le traitement curatif. Par la pyridine on peut, dans l'asthme névro-pulmonaire simple, faire cesser les accès d'une manière complète ; dans l'asthme grave, compliqué de lésions pulmonaires permanentes, la durée du traitement doit dépasser huit à dix jours pour consolider l'amélioration obtenue. Lorsqu'il s'agit enfin de l'asthme cardiaque avec ou sans complications rénale et hydropique, la pyridine peut encore rendre les plus grands services pour combattre le plus persistant, le plus pénible des phénomènes, c'est-à-dire l'oppression, soit continue, soit paroxystique.

M. DUVAL.

I. — De quelques indications de l'antipyrine, surtout dans la tuberculose fébrile, par DAREMBERG (*Bullet. de l'Ac. de méd.*, *t. XIV*, *n°* 21).

II. — Ueber Antipyrin, par PUSINELLI (*Deutsche med. Woch.*, *n°* 10, 1885).

III. — Note sur l'antipyrine chez les tuberculeux, par F. ROLLET (*Lyon méd.*, 2 *août* 1885).

IV. — De l'antipyrine dans la tuberculose, la fièvre typhoïde et le rhumatisme articulaire aigu, par BERNHEIM (*Revue médicale de l'Est*, 15 *avril* 1885 *et suiv.*)

V. — Das Antipyrin bei Gelenkrheumatismus, par LENHARTZ (*Charité Annal. X Jahrg.*, *Berlin* 1885).

I. — L'auteur est convaincu que l'on ne peut guère donner utilement l'antipyrine chez les tuberculeux qu'en leur faisant prendre leur température toutes les heures ou au moins toutes les deux heures. Il faut donner la première dose de 1 gramme avant le début de la fièvre, c'est-à-dire avant que le thermomètre ait atteint 37°,6 ; puis donner un nouveau gramme toutes les fois qu'en une heure le thermomètre a monté de plus de trois dixièmes. En outre, même si le thermomètre n'a monté que de deux dixièmes en une heure, il faut cependant donner une dose si le malade doit prendre un repas. Il convient de laisser un intervalle d'une heure entre une prise du médicament et le repas. En suivant cette règle, on n'a jamais ni sueurs considérables ni vomissements. Il ne faut pas

craindre d'atteindre les doses de 4 à 6 grammes par jour. C'est ainsi qu'on arrive à obtenir :

1° Dans la forme fébrile avec accès franc, une diminution des températures élevées et de leur durée ;

2° Dans la forme pseudo-continue, une rémission des minima et des maxima. Il en résulte un bien-être réel pour les malades. Aussi l'antipyrine constitue-t-elle un adjuvant très utile à ce point de vue dans le traitement de la tuberculose fébrile. GASTON DECAISNE.

II. — Voici les résultats obtenus dans le service de Fiedler, à Dresde, sur 100 malades, dont 42 typhiques, 16 tuberculeux, 14 pneumoniques, les autres atteints de pyrexies diverses.

On commençait par administrer une dose de 50 centigrammes à 1 gramme, et si le médicament était bien supporté, on répétait les doses de façon à donner de 2 à 6 grammes en 24 heures suivant les cas. L'abaissement de température n'a jamais fait défaut : il a été de quatre degrés chez certains malades.

Les injections sous-cutanées d'antipyrine ont eu de bons effets.

Chez 7 typhiques, à la suite de l'usage prolongé du médicament, on a vu survenir un exanthème qui paraît être l'effet d'une réaction nerveuse plutôt que d'une intoxication : il a disparu en 8 jours.

L. GALLIARD.

III. — Administrée à des tuberculeux en cachets de 50 centigrammes, l'antipyrine a été bien tolérée, on a pu donner jusqu'à 2 et 4 grammes dans les 24 heures sans provoquer d'accidents.

Comme les autres observateurs, R... a constaté que ce médicament n'agissait que sur l'élément fièvre et n'influençait en rien l'état général des malades ; dans ces conditions, il est surtout indiqué, quand la fièvre est la principale cause d'affaiblissement.

Dans la discussion, la plupart des membres de la Société des sciences médicales, Mollière, Clément, ont fait des réserves sur l'administration à hautes doses (3 et 4 grammes) par crainte du collapsus. M. Mayet est seul à ne pas redouter ce danger. (Voy. Jaccoud, *R. S. M.*, XXVI, 14.)

A. C.

IV. — Voici quelques-uns des résultats thérapeutiques auxquels est arrivé Bernheim par l'administration de l'antipyrine :

Dans la tuberculose, deux grammes par jour d'antipyrine suffisent quelquefois pour maintenir la température abaissée ; cette médication poursuivie dès le début de l'affection peut enrayer la maladie.

Dans la fièvre typhoïde, la maladie n'est pas enrayée ; ce médicament est cependant utile contre l'hyperthermie et les complications qu'elle engendre.

L'antipyrine administrée dans dix cas de rhumatisme articulaire subaigu à la dose de 6 à 8 grammes par jour a amené chaque fois la disparition ou l'atténuation notable des arthropathies de 1 à 6 heures après la première prise. Le lendemain, l'amélioration persiste, on note, avec la liberté des mouvements, la diminution fréquente du gonflement articulaire et de la rougeur. Après 2 ou 3 jours, les arthropathies reparaissent souvent, mais cèdent de nouveau sous l'influence du médicament. L'antipyrine, dont l'action paraît être plus rapide que celle du

salicylate de soude, est mieux tolérée par l'économie que ce dernier médicament. P. PARISOT.

V. — L'antipyrine est un agent recommandable dans le rhumatisme articulaire ; il agit à peu près comme le salicylate de soude ; il abaisse la température, calme les phénomènes douloureux, amène la résolution des lésions articulaires. Il ne préserve pas plus que le salicylate des récidives. Son emploi est particulièrement indiqué, quand on ne peut recourir aux préparations salicylées en raison de phénomènes asthéniques ou de manifestations cérébrales. L. D.-B.

I. — Traitement de la fièvre typhoïde par l'antipyrine, par DUMOLARD (*Lyon méd.*, 15 *novembre* 1885).

II. — Antipyrine et bains froids, par C. VINAY (*Lyon méd.*, 22 *novembre* 1885).

III. — Essai sur l'action de l'antipyrine dans la fièvre typhoïde, par Emile FERRAGUT (*Thèse de Paris*, 13 *novembre* 1885).

I. — L'auteur reconnaît à l'antipyrine une grande supériorité sur le sulfate de quinine, l'acide phénique ou le salicylate pour amener l'abaissement de la température. Il l'administre sous forme de potion, 20 grammes dans 300 grammes de véhicule sirupeux et 30 grammes de rhum, deux à trois cuillerées par jour. Il a traité 34 typhiques par cette méthode; tous ont guéri. Il a constaté que l'antipyrine atténue notablement les symptômes de la maladie (diarrhée plus faible, peu de ballonnement du ventre, pas de sécheresse de la bouche, pas de délire, etc.).

II. — Vinay n'est pas convaincu de l'efficacité de l'antipyrine et lui préfère la balnéothérapie (méthode de Brand). Il établit, par une comparaison des effets obtenus, la supériorité du bain froid. Cette note vise surtout le travail précédent. Vinay a eu 65 cas successifs traités par les bains froids sans une mort.

L'abaissement de la température n'est pas le seul résultat que l'on doive chercher et la médication hydriatique a des effets plus complexes.

III. — 1° L'antipyrine, employée aux doses de 2, 3 ou 4 grammes, est un médicament qui a constamment abaissé de 1 à 2° la température des typhiques;

2° A ces doses, on n'a pas eu d'exemple de collapsus, les seuls inconvénients sont les sueurs parfois profuses, ordinairement peu abondantes, des vomissements (assez rares), des éruptions sans résultats fâcheux;

3° L'antipyrine n'abrège pas la durée de la fièvre typhoïde, mais par les rémissions qu'elle procure, elle soulage passagèrement les malades.

A. C.

De l'antipyrine comme hémostatique, par E. CASATI (*Raccoglitore med.*, *août* 1885).

L'antipyrine est un hémostatique puissant, elle a sur le perchlorure de fer l'avantage de ne pas cautériser et salir la plaie, sur l'ergot de seigle d'être efficace en applications externes ou par l'administration interne. Elle a en même temps des effets antipyrétiques et antiseptiques. L'action hémostatique se manifeste rapidement. A. C.

I.— Zur Therapie des Keuchhustens (Traitement de la coqueluche), par SAUERHERING (*Deutsche med. Woch.*, *n°* 37, 1885).

II. — De la coqueluche et de son traitement par la résorcine, par MONCORVO (*broch.*, *Paris*, 1885).

III. — De l'emploi du chlorhydrate de cocaïne dans le traitement de la coqueluche, par MONCORVO (*Union médicale de Rio-Janeiro*, 1[er] *août* 1885).

IV. — De l'emploi de la cocaïne dans la coqueluche, par L. BARBILLION (*Rev. mens. des maladies de l'enfance*, *août* 1885).

I. — L'auteur a employé pendant dix ans avec succès, dans la coqueluche, le sulfate de quinine, à doses faibles, mais répétées. Son procédé consiste à prescrire dix doses, graduées suivant les âges (depuis 4 centigrammes aux nourrissons jusqu'à 50 centigrammes aux adultes) à prendre en quatre jours : une dose le premier soir, puis trois les jours suivants. Le malade a ensuite deux jours de repos complet. Il suffit en général de renouveler deux fois les dix doses pour obtenir un résultat définitif, mais on peut continuer le traitement d'après les mêmes principes, s'il y a lieu.

Le sulfate de quinine peut réussir à toutes les périodes de la coqueluche. Cependant, si l'on veut être assuré des effets réels du médicament, il est bon d'attendre l'apparition des grandes quintes. La première série de dix doses ne diminue pas le nombre des accès, mais arrête les vomissements. La seconde supprime une partie des accès, surtout la nuit, et en atténue l'intensité : au lieu de 28 ou 30 on en compte environ 15. Après la troisième les quintes se réduisent à une ou deux, puis disparaissent complètement. L. GALLIARD.

II. — L'auteur dans ce travail s'efforce de démontrer par des arguments cliniques et anotomo-pathologiques que la coqueluche a son siège primitif sur l'entrée de l'arbre bronchique. Il combat l'opinion de ceux qui font de cette cruelle maladie une bronchite spécifique, car après de longues recherches cliniques il s'est trouvé à même de ne voir dans la phlegmasie des bronches qu'une simple complication de celle-là. D'ailleurs il a constaté que les bronchites capillaires, les broncho-pneumonies, la pneumonie ne font qu'atténuer ou étouffer la coqueluche, lorque celle-ci les précède.

Il n'admet pas non plus la théorie qui fait de la coqueluche une variété de pyrexie. Sur un nombre assez considérable d'enfants affectés de coqueluche, aux diverses périodes de son évolution, il a pu reconnaître que l'augmentation de la chaleur était toujours l'indice d'une complication quelconque soit du côté de l'appareil respiratoire, soit par n'importe quelle autre maladie intercurrente. Chez ses petits malades de Rio, l'impaludisme aigu est le plus souvent la cause de l'élévation de la température dans la coqueluche.

L'auteur démontre, dans ce travail, l'efficacité du traitement topique par les badigeonnages avec une solution de résorcine chimiquement pure de 1 à 3 0/0. A l'appui de ses nouvelles conclusions il relate dans sa monographie *quarante* autres observations détaillées, prises soit dans son service des maladies des enfants, soit dans sa clientèle; la réduction du nombre des crises y est soigneusement indiquée. Moncorvo fait allusion

à une centaine d'autres cas de guérison par le même procédé thérapeutique, qui lui ont été communiqués par des confrères.

III. — Aussitôt qu'il eut connaissance des singulières propriétés anesthésiques des sels de cocaïne, Moncorvo essaya ce médicament en badigeonnages sur la muqueuse pharyngo-laryngienne chez les enfants affectés de coqueluche. N'ayant pas tout d'abord à sa disposition la cocaïne, Moncorvo s'est adressé à une infusion concentrée de feuilles de coca et après à l'extrait alcoolique de la plante, mais il n'a pas constaté d'une façon évidente l'action anesthésique sur les muqueuses ainsi badigeonnées.

Quelques semaines plus tard il put employer la cocaïne chez quelques enfants affectés de coqueluche ; il se servait d'une solution à 10 0/0 en badigeonnages, précédant ceux pratiqués avec la solution à 2 et à 3 0/0 de résorcine. La tolérance des petits malades était parfaite. Cette application topique de la résorcine peut être répétée plusieurs fois dans la journée à la suite de l'anesthésie pharyngo-laryngée sans le moindre inconvénient; on évite de la sorte, notamment au début du traitement, l'exacerbation des quintes et la provocation si commune des vomissements soit glaireux, soit alimentaires.

De plus il est très raisonnable de croire que cette anesthésie répétée de la muqueuse susglottique contribue de beaucoup à amoindrir l'excitabilité exagérée de la muqueuse. La cocaïne est un excellent adjuvant de la résorcine dans le traitement de la coqueluche.

IV. — L'auteur a employé dans un grand nombre de cas, dans le service de Labric, la solution de cocaïne à 5 0/0 en badigeonnages sur le pharynx, les amygdales, la base de la langue. Ces badigeonnages, 3 ou 4 fois dans les 24 heures, ont toujours amené une diminution du nombre des quintes et la suppression des vomissements. La durée de la coqueluche ne semble pas avoir été influencée. A. CARTAZ.

Medicamentöse Therapie bei Uterinblutungen (Médicament contre les métrorragies), par A. MENDES, de Leon (*Archiv für Gynækologie, Band XXVI, Heft* 1).

Il s'agit de l'hydrastis canadensis, déjà préconisé par Schatz.

Dans 40 cas environ, où il a été employé par l'auteur, les résultats ont été excellents : il est administré sous forme de teinture à la dose de 15 à 20 gouttes, 4 fois par jour; pendant les 15 jours qui précèdent les règles, quelquefois pendant toute la période intermenstruelle. Son action consiste surtout dans la diminution de la congestion des organes génitaux.

Les principales indications sont :

1° Les hémorragies, accompagnées ou non de coliques ;

2° L'inflammation catarrhale de la muqueuse du corps et du col ;

3° Les inflammations chroniques du tissu connectif pelvien ;

4° Les déviations ; en particulier la rétroversion et la rétroflexion, lorsqu'elles provoquent un prolongement de la menstruation et des douleurs, et lorsqu'on ne peut y remédier par suite d'adhérences ;

5° Les hémorragies de la ménopause.

Dans tous les cas où l'auteur l'a employé, il n'a été fait aucune médication locale concomitante ; l'hydrastis a réussi dans plusieurs cas où l'ergot et les astringents locaux avaient échoué. H. DE BRINON.

I. — Cocaine in the treatment of the opium habit, par J.-T. WHITTAKER (*The med. News*, 8 *août* 1885).

II. — Treatment of the opium habit by codeia, par LINDENBERGER (*Med. News*, 22 *août* 1885).

I. — Whittaker cite l'observation d'une jeune femme morphiomane qui fut guérie, après insuccès de toute autre médication, par les injections sous-cutanées de cocaïne. Il regarde la coca comme le véritable remède de la morphiomanie. Il conseille de continuer tout d'abord la cocaïne (un grain pour commencer) avec la morphine, en injections hypodermiques, de diminuer graduellement les doses de morphine et de les supprimer tout à fait en continuant la cocaïne plusieurs semaines. Il n'y a pas de danger que le malade s'habitue à la cocaïne et change son premier poison contre un autre.

L'auteur fait en même temps l'histoire abrégée du morphinisme.

II. — L'auteur croit qu'il est aussi difficile de se déshabituer de la coca que de la morphine. Il a traité 24 morphiomanes par la codéine et a obtenu des guérisons sérieuses. Il donne pour commencer 2 grains de codéine trois fois par jour et accroît la dose jusqu'à ce qu'il ait obtenu les effets produits par la morphine. Il diminue alors progressivement les doses et on arrive vite à se passer de ce nouveau narcotique. La codéine n'a pas, d'après Lindenberger, l'inconvénient d'arrêter les sécrétions, de troubler l'appétit, etc. A. C.

Ueber die Wirkung einiger Gifte auf Askariden (De l'action de quelques poisons sur les ascarides), par von SCHRŒDER (*Archiv für experimentelle Pathologie und Pharmakologie*, *Band XIX*, *Heft* 4 *et* 5, *p.* 290).

Les expériences de l'auteur ont été faites sur des ascarides du genre *mystax*, extraits de l'intestin de chats, et sur des ascarides lombricoïdes tirés des intestins de porcs. Les parasites étaient mis en suspension dans de l'eau maintenue à la température de 37 à 38° et contenant 1 0/0 de chlorure de sodium et 0,1 0/0 de carbonate de soude. Dans un pareil milieu, les ascarides ont continué de vivre en se mouvant avec beaucoup d'activité. Sitôt qu'ils subissaient l'action délétère d'une substance toxique, leurs mouvements étaient frappés de torpeur, pour cesser complètement. Pendant cette phase d'engourdissement on peut encore, avant que la mort soit complète, développer des mouvements réflexes, en excitant le parasite avec l'électricité ou la chaleur.

L'acide sulfurique (0,8 0/0) a fait périr les ascarides en deux heures de temps environ ; la soude caustique beaucoup plus rapidement (1 0/0 en 5-7 minutes; 0,2 0/0 en 20 minutes ; 0,022 0/0, les ascarides ont résisté pendant plus de 27 heures). Le carbonate de soude, à la dose de 5,8 0/0, a tué les ascarides en 5 heures de temps ; le carbonate de potasse, à la dose de 5 0/0, en l'espace de 3 heures 1/2 dans une expérience, de 18 heures dans une autre.

La mort des ascarides est survenue :

Au bout de 3 heures après addition de.	1/2 0/0 de nitrate de strychnine.
— 4 heures	4 0/0 d'elleboréine.
— Quelques heures (?)......	0,2 0/0 d'aconitine.
— 1 heure....................	0,1 0/0 de sublimé.

Au bout de	6-42 minutes	0,2 0/0 de sublimé.
—	2-4 heures	2 0/0 d'arséniate de soude.
—	1 heure 35 minutes	3 0/0 de cyanure de potassium.
—	16-20 minutes	1/1000 de nicotine.
—	26 minutes	1/5000 de nicotine.
—	1 heure 39 minutes	1/5000 de nicotine.
—	3 heures	0,5 0/0 d'acide phénique.
—	50 minutes	1 0/0 d'acide phénique.
—	33 minutes	2 0/0 d'acide phénique.
—	1 heure 24, 2 h. 55	d'acide salicylique jusqu'à sursaturation.
—	6-18 heures	5 0/0 de salicylate de soude.
—	5-12 heures	d'acide benzoïque jusqu'à sursaturation.
—	18-21 heures	de naphtaline jusqu'à sursaturation.
—	20-24 heures	de camphre jusqu'à sursaturation.
—	20-24 heures	1 0/0 de campherol.
—	5-19 heures	1 0/0 picrate de soude.

Les substances suivantes ont été impuissantes à déterminer la mort des ascarides après un délai d'observation qui dépassait 24 heures :

Le bromhydrate de conine (8 0/0), l'alcool (5 0/0), le chloral (1 0/0), le chlorhydrate de morphine (2 0/0), la vératrine (0,5 0/0), le salicylate de physostigmine (0,5 0/0), le chlorure de baryum (5 0/0), le *chlorhydrate de pelletiérine* (0,4 0/0), le chorhydrate de quinine (4 0/0), la picrotoxine (0,1 0/0), la *santonine*.

A propos de cette dernière substance, l'auteur a cru devoir faire remarquer qu'il a expérimenté tour à tour, avec une solution aqueuse et une émulsion huileuse de santonine. Kuchenmeister avait déjà constaté que la santonine en suspension dans de l'eau albumineuse ne tuait pas les ascarides, seulement il croyait avoir acquis la preuve que ce résultat s'obtient quand on émulsionne préalablement la santonine dans une huile grasse (l'huile de ricin). Les expériences de von Schrœder ont démontré que des ascarides déposés dans 100 grammes d'huile d'olive additionnés de 0 gramme 25 à 1 gramme de santonine, ou dans 100 grammes d'huile de ricin additionnés de 1 gramme de santonine ne sont point frappés de mort dans les premières 24 heures. Dans l'une de ces expériences, les parasites vivaient encore au bout de 52 heures de séjour dans la solution huileuse (huile de ricin) de santonine (1 gr. 4 0/0). Comment faire concorder ces données expérimentales avec la réputation parasiticide dont jouit la santonine ? Les observations cliniques, comme aussi les résultats d'expériences faites (1883) par Neumann dans le laboratoire de Dragendorff corroborent les constatations de von Schrœder, comme quoi la santonine n'agit pas sur les ascarides à la manière d'un parasiticide. Dans une de ses expériences, Neumann a lié l'estomac d'un chat porteur d'ascarides, dans le voisinage du pylore ; il fit ensuite absorber à l'animal une certaine quantité de santonine. Douze heures après, ce chat fut sacrifié, et à l'ouverture des entrailles, on put voir que 20 ascarides avaient passé de l'intestin grêle dans le gros intestin. Cette migration avait sans doute été provoquée par les produits de décomposition de la santonine absorbée à la surface de l'estomac. D'ailleurs, les expériences de von Schrœder démontrent que la santonine excite la motilité chez les ascarides ; ceux-ci, sous l'influence de ce poison, s'agitent d'une façon désordonnée et cherchent à gagner les bords du vase qui les renferme, pour sortir du liquide.

Cela étant, il y a tout avantage, chez les sujets qu'on se propose de débarrasser de leurs ascarides, de faire suivre l'administration de la santonine aussi près que possible de l'administration d'un purgatif, contrairement aux indications données par beaucoup de traités de matière médicale et de formulaires. E. RICKLIN.

HYGIÈNE

Paris; sa topographie, son hygiène, ses maladies, par Léon COLIN (*in*-12 *Diamant. Paris*, 1885).

Je ne crois pas qu'il soit possible de résumer, sous une forme plus concise et aussi intéressante, l'ensemble des questions que soulève l'étude hygiénique d'une grande capitale comme Paris. En quelques pages, le lecteur a un aperçu de tous ces problèmes dont la solution est encore en litige; l'hygiéniste, ingénieur ou médecin, y trouve condensés les débats dont il a suivi les phases si lentes et si variées.

Il nous suffira d'indiquer le plan général de ce petit manuel : après avoir exposé la topographie générale de Paris, la météorologie, l'hydrographie et le mécanisme si compliqué du service des eaux, son passé, son présent et l'avenir, l'auteur étudie l'aménagement des rues, des habitations, la grosse question, si difficile à résoudre, des logements insalubres; puis l'alimentation, l'assainissement de Paris par le service des égouts, des vidanges, les établissements dangereux et insalubres, etc. Dans un chapitre de démographie on trouve le résumé statistique de la mortalité, natalité, nuptialité, les conséquences qui découlent de ces statistiques. Le chapitre pathologie énumère sommairement les influences diverses de zones, de quartiers sur le développement des maladies, des foyers épidémiques, la prédominance d'affections comme la tuberculose, la fièvre typhoïde.

Quelques pages sur l'hygiène et la médecine publique résument ce qui se fait et ce qui serait à faire pour la salubrité de la ville.

Souhaitons que la lecture de ce précis d'hygiène parisien donne à d'autres l'idée de rendre au public le même service pour les capitales étrangères ou les grandes villes de notre pays. A. CARTAZ.

I. — Application de la loi Roussel dans le Calvados; ses résultats; par J. VALETTE (*Thèse de Paris*, 1884).

II. — Les enfants illégitimes et leur mortinatalité, par Jacques BERTILLON (*Revue d'hygiène et de police sanit., VI, p.* 893, *octobre* 1884).

III. — De l'éducation des enfants abandonnés en Angleterre, par Emilie BOWELL-STURGE (*Annales d'hygiène publiq. et de médec. légale*, 3e *série, XII, p.* 327, *octobre* 1884).

IV. — De l'hygiène de la bouche chez les enfants et les adolescents, par PIETKIEWICZ (*Revue d'hygiène et de pol. sanit., V, p.* 661, *août* 1883).

V. — Note sur l'examen de la bouche et de l'appareil dentaire dans les établissements consacrés à l'instruction publique, par GALIPPE (*Idem, V, p.* 889 *et* 1010, *novembre et décembre* 1883).

I. — Ce n'est qu'à partir de 1880 et sous l'énergique impulsion du préfet Monod et de l'inspecteur départemental Lefort, que la loi sur la protection des enfants du premier âge a été appliquée dans le Calvados, où les dix-neuf vingtièmes des enfants sont nourris au biberon. Les résultats de la loi n'ont pas tardé à se faire sentir. La mortalité infantile, qui était de 20,83 0/0 en 1869, est tombée successivement à 7,20 0/0 (sur 1,985 nourrissons) en 1880, alors qu'elle était de 33,76 0/0 dans l'Eure-et-Loir; à 5,84 (sur 2,669 enfants) en 1881 et à 5,49 0/0 en 1882, sur 3,367 nourrissons placés.

C'est dans l'arrondissement de Lisieux (pays d'Auge) que la mortalité reste toujours la plus élevée, parce que les communications y sont difficiles, les habitations disséminées au milieu des champs et la surveillance presque impossible ; les nourrices ont des chiens qui signalent l'arrivée du médecin.

Les commissions locales de dames ne fonctionnent qu'à Bayeux. Cependant leur rôle est très utile, car elles font leurs visites à l'improviste.

Au dire de Valette, le Calvados offre des conditions très favorables à l'élevage des nourrissons, grâce à l'aisance, à la propreté et au bon lait qu'on trouve partout dans ce département.

II. — D'un tableau où Bertillon montre la fréquence des naissances illégitimes dans divers pays, il ressort que la recherche de la paternité n'en diminue ni n'en augmente le nombre. C'est aussi l'avis de Boeckh et de Kummer.

En revanche, les lois restrictives du mariage multiplient prodigieusement les naissances illégitimes. En Bavière, depuis que ces lois ont été abrogées, le nombre des naissances illégitimes diminue, mais lentement, parce que les mauvaises habitudes ne disparaissent pas facilement.

Dans quelques cantons suisses où, par une philanthropie mal éclairée, on a voulu interdire le mariage aux individus trop pauvres pour pouvoir élever une famille, le résultat a été aussi fâcheux qu'en Bavière.

La recherche de la paternité a une très grande influence sur la mortalité des enfants illégitimes.

En France, la mortinatalité des enfants illégitimes est le double de celle des légitimes. S'appuyant sur quelques chiffres empruntés à la statistique parisienne, Bertillon croit que cette plus forte mortalité tien plutôt à la misère qu'au crime, vu la régularité et la constance des chiffres des mort-nés légitimes d'une part, des illégitimes d'autre part.

III. — Il existe en Angleterre 400,000 enfants au-dessous de 16 ans, qui n'ont d'autres ressources que les dons de la charité privée ou publique. Les orphelinats et institutions analogues en recueillent plusieurs milliers. De même, plusieurs milliers d'autres, dont les parents sont malades ou infirmes, reçoivent à domicile des secours de l'État.

Défalcation faite de tous ceux-là, il reste en moyenne, chaque année, 60,000 enfants sans famille ni foyer : ce sont des orphelins, des enfants illégitimes abandonnés, des enfants de criminels ou d'aliénés. Leur conformation physique et leur physionomie ne révèlent que trop leur ori-

gine. On est frappé de la fréquence parmi ces enfants de toutes les manifestations de la scrofule : ophtalmies, dermatoses, etc. Chez la plupart, l'intelligence est très bornée et les instincts sont pervers.

Il y a actuellement quatre méthodes en usage pour l'éducation de ces enfants :

1° La plus ancienne consiste à les réunir dans de grands établissements où ils sont complètement séparés du monde extérieur, où la vie ressemble à une vie de prison et où chaque enfant échange son nom contre un numéro. Un assez grand nombre de ces écoles-internats de pauvres sont encore dans la même enceinte et sous la même direction que les *workhouses* où l'on reçoit les pauvres sans ouvrage, les infirmes, les mendiants et les criminels libérés. L'influence d'un pareil milieu est déplorable à tout point de vue; il est de première nécessité d'éloigner de ces enfants tout ce qui leur peut rappeler leurs antécédents.

2° Dans le second système, les enfants étant logés soit dans des workhouses, soit dans des maisons appropriées, on les envoie tous les jours aux écoles communales où ils se trouvent avec d'autres enfants pauvres mais vivant dans leurs familles. Évidemment, ces relations avec d'autres enfants doivent aider à leur faire sentir qu'une vie semblable à celle de leurs compagnons deviendra possible pour eux plus tard. Passé l'âge de 12 ans, un certain nombre d'heures par jour sont employées à leur apprendre un métier : les garçons apprennent à faire des nattes; les filles, la couture. Les enfants des deux sexes aident à entretenir les chambres et les cours. A la campagne, on les exerce au jardinage. Mais un inspecteur de l'État a été frappé du peu de développement de l'intelligence de ces enfants. Il l'attribue d'une part à un travail manuel trop exagéré et trop grossier (même dans la couture) qui ne leur inspire pas le moindre plaisir, d'autre part, au manque de l'action personnelle des maîtres qui sont trop fatigués ou indifférents. A l'âge de 16 ans, ces enfants quittent l'école pour aller gagner leur vie. Depuis quelques années, l'émigration au Canada offre un avenir pour un certain nombre d'entre eux.

3° Au lieu d'agglomérer plusieurs centaines d'enfants dans un vaste bâtiment, les autorités de certaines paroisses ont fait construire à la campagne des maisons séparées, pouvant contenir chacune cinquante enfants; chaque maison est sous la direction d'un ménage. L'école, commune aux enfants de toutes les maisons et ayant des maîtres spéciaux, occupe un bâtiment distinct ; chaque maison a son jardin : c'est le système des *cottage-homes*.

4° Dans le dernier système, les enfants assistés sont mis en pension chez des ouvriers et des compagnards sans enfants, qui leur servent de parents adoptifs. Les relations entre les parents adoptifs et les enfants sont en général excellentes. Une affection réciproque naît rapidement et souvent, après avoir quitté ce foyer pour aller gagner leur vie, les enfants y retournent en congé. Un inspecteur officiel les visite périodiquement. Les frais pour chaque enfant sont en moyenne de 300 francs par an, c'est-à-dire, moins de la moitié de ce qu'il coûte dans les grandes écoles des villes. Il existe actuellement, dans diverses parties du pays, 80 comités de dames autorisés par le *Local Government Board* à placer ces enfants en pension et à les surveiller. Malheureusement, les bureaux

d'assistance publique se montrent peu disposés à encourager ce système d'éducation.

Mme Bowell-Sturge conclut : 1° les enfants sans famille ont besoin de soins particuliers, à cause de leur physique généralement inférieur, de la faiblesse de leur sens moral et de leurs prédispositions héréditaires au vice ; 2° le système de réunir ces enfants en grand nombre dans des écoles à part, de les priver de toutes relations avec d'autres enfants et avec le monde, est absolument contraire aux lois de la nature et de l'humanité. Les effets désastreux de ce système se manifestent par la présence continuelle dans ces écoles de maladies de la peau, des yeux et du cuir chevelu; par la lenteur de l'intelligence de ces enfants, par leur indifférence envers tout ce qui se passe autour d'eux, par leur apathie morale et, plus tard, par l'absence de toute initiative ; 3° la vie de famille étant la vie naturelle pour tout enfant, il faudrait autant que possible chercher à la remplacer, pour les enfants assistés, en leur créant une famille adoptive; 4° lorsqu'à 16 ans ils vont dans le monde pour gagner leur vie, ces enfants ont besoin, pendant les premières années, d'une certaine surveillance amicale, à cause des prédispositions héréditaires qui existent chez un grand nombre d'entre eux et des relations qu'ils peuvent avoir avec des parents criminels ou vagabonds. Cette surveillance ne peut être exercée officiellement; elle doit être le fait de personnes sympathiques, s'intéressant aux enfants.

IV. — L'apparition des premières dents est incapable de donner lieu à tous les accidents dont on l'a rendue responsable. En effet, ce n'est qu'un des premiers phénomènes visibles d'un développement lent et régulier, continu, au sein de la mâchoire, depuis les premiers temps de la vie intra-utérine. Tout au plus peut-elle produire, dans certaines circonstances particulières, quelques petits accidents locaux.

Néanmoins, dès les premières années, dans certaines conditions de santé, d'alimentation ou d'hérédité, les altérations dentaires peuvent être graves : caries avec toutes leurs conséquences, abcès entraînant des cicatrices, des fistules indélébiles, des nécroses partielles du bord alvéolaire qui amènent des troubles dans l'évolution des follicules des dents définitives.

Pietkiewicz combat l'ablation de la dent malade, qui est le seul traitement recommandé, parce que non seulement on prive l'enfant d'organes utiles à la mastication, mais encore on favorise ainsi la production d'anomalies de la direction des dents définitives, en occasionnant le rétrécissement des arcades dentaires. Quelquefois même, l'arrachement d'une dent de lait pratiquée avec brutalité entraîne l'arrachement d'un follicule dentaire.

V. — Dans les premières années de la vie, la dentition doit être surveillée, parce que l'hérédité, les états généraux et les affections aiguës retentissent sur elle. La lésion qui domine la pathologie dentaire chez l'enfant est la carie.

Or cette lésion est très souvent en relation étroite avec l'état constitutionnel. Il est donc indispensable, outre le traitement local, d'instituer un traitement général, une hygiène mieux entendue, comprenant à la fois des modifications dans l'alimentation ainsi que dans la distribution relative du travail, du repos et de l'exercice physique.

Quant aux malformations dentaires, dont les conséquences sont parfois si graves, même pour la symétrie du visage, la limite de leur curabilité ne dépasse guère 13 ou 14 ans.

D'après des observations faites pendant 2 ans à l'école Monge, Galippe estime que 75 ou 80 0/0 des enfants sont justiciables du dentiste à un titre quelconque, et cela pendant toute la durée de leur séjour dans l'établissement.

Il admet que les excès de travail intellectuel, à l'approche des examens, déterminent des poussées aiguës de carie.

Les remèdes hygiéniques qu'il conseille sont : 1° la toilette obligatoire de la bouche après les repas et le nettoyage quotidien des dents avec une poudre de craie et une brosse; 2° un choix judicieux des aliments, tant au point de vue de leur consistance (les aliments durs polissent l'émail dentaire) que de leur composition chimique (nécessité d'une alimentation phosphatée). Galippe à cet égard préfère le pain bis au pain blanc, qui a le double tort d'être plus mou et d'être dépouillé des phosphates et sels calcaires que l'enveloppe du grain de blé renferme. J. B.

I. — **Studie zur Bevölkerungs-Statistik** (Statistique démographique), par W. ZUELZER (*Vierteljahrsschrift für gerichtl. Med. und öffentliches Sanitätswesen, nouv. série, XXXVIII, p.* 336, *avril* 1883).

II. — **The recent decline in the english death-rate and its effects upon the duration of life** (De l'abaissement du taux de la mortalité en Angleterre), par Noël-A. HUMPHREYS (*Sanitary Record, n°* 308, *p.* 493, *et n°* 309, *p.* 542, *mai et juin* 1883).

III. — **Rapport sur la situation médicale de la Hollande en 1881**, par LAGNEAU (*Revue d'hyg. et police sanit., V, p.* 395, *mai* 1883).

IV. — **Décroissance de la morbidité et de la mortalité en Zélande**, par J.-O. de MAN (*Annales d'hygiène publiq.,* 3e *série, IX, p.* 401, *mai* 1883).

V. — **De l'immigration en France**, par Gustave LAGNEAU (*Idem, XII, p.* 21, *juillet* 1884).

VI. — **La question de la population en France et à l'étranger**, par E. CHEYSSON (*Ibidem, p.* 385 *et* 507, *novembre et décembre* 1884).

VII. — **Note sur la mortalité par quelques maladies épidémiques à Paris, pendant les douze dernières années**, par P. BROUARDEL (*Revue d'hyg. et pol. sanit., IV, p.* 951, *novembre* 1882).

VIII. — **La mortalité par maladies épidémiques à Paris depuis 1865**, par Jacques BERTILLON (*Ibidem, VI, p.* 887, *octobre* 1884).

IX. — **Maladies régnantes dans les hôpitaux de Lyon en 1881, 1882 et 1883**, par J. TEISSIER (*Lyon méd.* 1882-1884).

X. — **Statistique pathologique de la ville de Bordeaux**, par LAYET (*Revue sanitaire de Bordeaux et du Sud-Ouest, n°* 8, *p.* 66, 25 *mars* 1884).

I. — Le mémoire de Zuelzer ne se prête pas à un résumé, car il se compose presque uniquement de tableaux numériques; toutefois il a d'autant plus d'intérêt qu'une saine méthode a présidé à l'établissement de ces statistiques démographiques.

Pour une vingtaine d'Etats ou de provinces, tant en Europe qu'en

Amérique, l'auteur fournit des tableaux indiquant le nombre des vivants de chaque période décennale d'âge et de chaque sexe rapporté à 10,000 habitants, celui des décès de chaque âge rapporté à 10,000 vivants des catégories correspondantes, enfin la répartition de la population suivant l'âge et le sexe.

Du premier tableau il résulte le fait suivant :

Dans les divers pays, la population est si inégalement composée, en ce qui touche aux sexes et encore plus aux âges, qu'il est impossible de juger de leur bien-être et du succès des mesures sanitaires, si l'on se contente de calculer la mortalité sur le chiffre total d'habitants, vu la mortalité si variable des différents âges. Il n'est pas davantage admissible de comparer un pays à un autre, en se bornant à supputer le nombre de décès annuels par 10,000 habitants ; en effet, dans ces conditions, un chiffre élevé de morts n'est pas l'indice d'un état sanitaire défavorable, pas plus qu'une mortalité faible ne témoigne du contraire, si l'on n'a pas eu soin de tenir compte en même temps de la composition de la population par âges.

Le second tableau nous montre entre autres que :

Sur 10,000 vivants appartenant aux 2 sexes et à tous les âges compris entre 10 et 80 ans, il en meurt en moyenne 287 par an, soit 28.7 pour 1,000. Si l'on envisage les sexes séparément, on trouv qu'il succombe 29.8 hommes sur 1,000 et seulement 27.5 femmes. C'est en Autriche que la mortalité est la plus forte (44 pour 1,000 chez les hommes; 43 chez les femmes) et aux Etats-Unis la moindre (16 pour 1,000 hommes, 15 pour 1,000 femmes).

La mortalité des nouveau-nés atteint son maximum en Bavière et en Autriche et son minimum aux Etats-Unis. On peut en conclure que les influences climatologiques n'ont pas pour la mortalité du premier âge l'importance qu'on leur croit. Les nouveau-nés du sexe masculin ont une résistance vitale notablement inférieure à celle des filles. Durant le cours de la première année, dans les pays les plus favorisés, il succombe 1/10 ou 1/11 des garçons et 1/4 ou même 1/3 dans ceux qui le sont le moins.

La mortalité des enfants de 1 à 10 ans est encore considérable en Autriche, en Italie et en Finlande, mais c'est dans les provinces de Prusse et de Posen qu'elle est le plus élevée. Elle est le plus faible dans quelques Etats de l'Amérique du Nord, puis en Suisse et en Suède. Dans les contrées les plus affligées, elle dépasse 40 pour 1,000, tandis que dans quelques pays elle tombe au-dessous de 10.

La répartition de la mortalité entre 10 et 20 ans prouve que les climats chauds et humides sont tout aussi périlleux pour cet âge que le climat des côtes boréales. C'est de nouveau l'Autriche qui vient en tête, avec un chiffre de 10 pour 1,000, tandis qu'en queue se trouvent le Vermont (2. 8) et la Bavière (3.9).

Dans quelques pays, tels que la France, l'Italie, l'Irlande, les Etats-Unis et la Suisse, à cette période d'âge, la mortalité des femmes dépasse celle des hommes, ce qui s'explique par les suites de couches. Pour l'âge de 20 à 30, ans le maximum des morts est fourni, outre l'Autriche, par la Louisiane d'abord et ensuite par les provinces orientales de la Prusse, tandis que le minimum se rencontre en Angleterre et en Irlande.

La mortalité de l'âge de 30 à 40 ans, si faible aux Etats-Unis, en Suède et en Irlande, témoigne que le climat maritime ne peut être par lui-même rendu responsable des chiffres élevés qu'on note pour l'Ecosse et surtout pour la province de Prusse.

Au-dessus de 60 ans, la mortalité des divers pays tend à s'égaliser de plus en plus, parce que les contrées méridionales n'offrent plus les chiffres favorables des périodes d'âges précédentes.

II. — Depuis 1871, c'est-à-dire depuis la promulgation des 2 grandes lois sur la santé publique (1872 et 1875), on constate en Angleterre une diminution continue de la mortalité de l'enfance et de la jeunesse, coïncidant avec un accroissement de celle de l'âge mûr.

La diminution de mortalité est plus du double dans le sexe féminin que dans l'autre.

L'accroissement de mortalité commence à l'âge de 35 ans pour les hommes et dure jusqu'à 75; pour les femmes, il n'existe que de 55 à 75 ans, mais est beaucoup moins marqué, tandis que la diminution de mortalité est beaucoup plus accusée dans les autres périodes d'âge.

Il n'y a que deux périodes quinquennales d'âge où la mortalité masculine soit inférieure à la féminine : c'est de 10 à 20 ans. Parmi les naissances, l'excès des garçons sur les filles est moindre qu'autrefois.

Cette réduction de la mortalité a pour effet de porter à 41 ans, 92 pour les hommes la durée moyenne de vie, chiffre de 5 0/0 supérieur à celui des tables de Farr (39.91) qui avaient été calculées pour la période 1838 à 1854. Pour les femmes, la durée moyenne de la vie devient ainsi de 45 ans, 25, soit une augmentation de plus de 8 0/0 sur les tables de Farr (41.85).

Enfin, pour une génération entière des deux sexes, elle était d'après Farr de 40 ans, 86, tandis qu'elle atteint maintenant 43, 56, soit une augmentation de plus de 7 0/0.

Et cependant l'âge moyen des personnes décédées dans les cinq ans, 1876-1880, n'excède pas 32 ans, ce qui tient à la grande prédominance numérique des jeunes sujets dans la population.

En définitive, l'accroissement de la mortalité chez les gens d'âge mûr est plus que compensé, en ce qui regarde la durée moyenne de la vie, par la proportion plus considérable d'enfants et de jeunes gens qui parviennent maintenant à l'âge adulte ou moyen de la vie.

Donc, contrairement à ce qu'on a dit, l'augmentation de la durée moyenne de vie porte en majeure partie sur la période utile de l'existence (20-60 ans), dans la proportion de 70 0/0 pour les hommes, de 65 pour les femmes et de 66 0/0 pour la population des deux sexes.

III. — Sur une population de 4,060,580 habitants, la Hollande a eu, en 1881, 95,447 décès, soit une proportion de 23.51 pour 1,000, peu supérieure à celle de la France, où, de 1872 à 1876, elle a varié de 21.7 à 23.3.

Des 11 provinces néerlandaises, c'est la Frise où la mortalité est le plus faible (19.51), et la Hollande méridionale où elle est le plus forte (26.88).

La mortalité infantile est très considérable: sur 100 décès, on en compte, en Hollande, 27.22 d'enfants au-dessous d'un an, tandis qu'en France on n'en compte que 19.15.

Les principales causes de mort ont été les suivantes: 16,966 décès dus à la faiblesse congénitale ou au marasme sénile; 13,598 (soit 14.24 0/0) à la tuberculose pulmonaire et aux autres affections chroniques de la poitrine ; 9,814 aux affections aiguës des organes respiratoires; 13,113 aux affections cérébrales et à l'aliénation mentale; 6,679 au choléra, à la dysenterie et aux maladies aiguës des organes digestifs; 2.353 aux cancers; 2,942 aux affections chroniques des voies digestives; 1,964 à la fièvre typhoïde et au typhus; 1,626 à la coqueluche; 1,517 aux maladies des voies urinaires; 874 à la rougeole; 803 à la diphtérie; 400 à la scarlatine et 75 à la variole.

IV. — Il n'y a peut-être pas de contrée en Europe dont la réputation hygiénique soit plus détestable que celle de l'ancienne Zélande, province méridionale des Pays-Bas, située dans les embouchures de l'Escaut. De nos jours encore, plusieurs villages, métairies ou cours d'eau ont un nom qui rappelle celui de l'enfer des anciens. En réalité, la Zélande est un delta, c'est-à-dire un pays bas, humide, environné de tous côtés par la mer et où règne la malaria comme dans toutes les contrées analogues.

Mais grâce aux travaux d'assainissement (égouts couverts et ne recevant plus les ordures des latrines ou des fabriques, écluses contre les marées, etc.) la mortalité due aux fièvres intermittentes a beaucoup baissé dans la capitale de la Zélande, Meddelbourg, ville de 16,000 âmes, située au centre de l'île de Walcheren. En effet, calculée sur 1,000 habitants, elle a été successivement de 305 durant la période 1792-1801; de 534 entre 1802 et 1811; de 404 entre 1812 et 1821; de 304 entre 1822 et 1831; de 230 entre 1832 et 1841; de 211 entre 1842 et 1851; de 168 entre 1852 et 1861; de 88 entre 1862 et 1871, et de 62 entre 1872 et 1881.

V. — De 1851 à 1881, l'immigration en France n'a cessé de s'accroître régulièrement, et le chiffre des étrangers a passé de 379,289 à 1,001,090, c'est-à-dire qu'en 30 ans il a triplé, alors que la population française n'a augmenté que de moins d'un quinzième. Ce sont naturellement les 5 pays limitrophes, Belgique, Italie, Allemagne, Espagne et Suisse qui fournissent le plus d'émigrés. Il n'y a que parmi les Anglais où le sexe féminin prédomine.

La répartition des étrangers est très inégale dans les divers départements. Il y a peu d'étrangers dans la plupart de ceux du centre, du nord-ouest et du littoral atlantique. Ils sont nombreux, au contraire, dans la plupart des départements de l'est et du midi, dans ceux limitrophes des pays étrangers et dans ceux situés sur le littoral de la Méditerranée. La proportion générale est de 27 sur 1,000 habitants de la France entière; mais elle s'élève à 69 dans la Seine, à 129 dans les Bouches-du-Rhône, à 174 dans le Nord et à 175 dans les Alpes-Maritimes. A l'exception des Italiens, les étrangers s'établissent surtout dans les départements voisins de leur pays d'origine; Paris est pourtant une exception.

La principale cause de l'immigration est l'attraction exercée par les salaires, plus élevés en France que dans la plupart des autres Etats d'Europe, sauf l'Angleterre; c'est ce qui explique le petit nombre des Anglais établis en France.

Les conséquences de cette immigration sont: l'accroissement des charges de l'Assistance publique, car sur 100 étrangers qui viennent à Paris 90 sont pauvres; l'accroissement de la criminalité: durant les 3 années,

1879-1881, on a compté 32 criminels sur 100,000 Français et 90 sur les étrangers et naturalisés, soit une proportion près de 3 fois plus grande. Bertillon pensait que l'immigration considérable était la cause de la faible natalité française. Lagneau croit plutôt qu'elle en est la conséquence : l'immigration fournit des travailleurs dont le nombre sans cela serait insuffisant.

VI. — Les diagrammes de Cheysson font ressortir les points suivants :

Quand on examine l'accroissement de la population européenne depuis 1806, on voit que l'Angleterre occupe le premier rang ; la Prusse, le second ; l'Ecosse, le troisième ; la France vient à l'avant-dernier, n'ayant que l'Irlande au-dessous d'elle.

La composition de la population par âges, dans les divers pays, montre le déficit des enfants pour la France.

Relativement à la mortalité, la France, avec un chiffre de 23 à 24 décès par 1,000 habitants, occupe un rang un peu meilleur que celui de la moyenne générale (26) pour les pays civilisés.

On compte en France environ 8 mariages par 1,000 habitants, ce qui est à peu près la proportion normale en Europe.

Mais en ce qui concerne la natalité, la France se trouve au bas de l'échelle. En effet, bien qu'ayant, en 1880, près de 9 millions d'habitants de plus qu'en 1805, le chiffre des naissances est resté le même.

Les grandes villes exercent une influence fâcheuse : « Si elles éclairent leur population, à coup sûr elles la brûlent. » Il faut donc se garder de précipiter le courant qui s'y déverse par des mesures telles que l'exagération des grands travaux publics, l'abondance des secours, la concentration des écoles supérieures, des hospices, des manufactures de l'Etat, les facilités fiscales données à l'industrie.

Les impôts indirects et les octrois sont des taxes malheureuses au point de vue démographique, en ce qu'elles pèsent d'autant plus sur un ménage qu'il est plus chargé d'enfants.

Le morcellement de la propriété et les lois sur la succession jouent aussi un rôle dans la question. Comme la loi ne permet plus de faire de cadets, a dit Vacher, on tourne la loi en supprimant les cadets et les classes aisées sont systématiquement stériles.

VII. — La fièvre typhoïde cause à Paris 2 fois plus de décès par 100,000 habitants qu'il y a 10 ans, ce qui s'explique en partie parce que l'immigration a presque triplé.

La mortalité par diphtérie a également presque doublé en 10 ans, tandis que les décès par variole, rougeole et scarlatine sont également en progression marquée.

VIII. — A Paris, en 1865, sur 100,000 vivants, la fièvre typhoïde causait 64 décès, la rougeole 19, la coqueluche 12 et la diphtérie 53 ; en 1883, la fièvre typhoïde en cause 92, la rougeole 47, la coqueluche 27 et la diphtérie 88.

De 1865 à 1883, les chiffres maxima de mortalité ont été pour la fièvre typhoïde en 1882 (149) et en 1876 (102) ; pour la variole (en laissant de côté les deux années 1870-1871) en 1880 avec 103 décès sur 100,000 vivants ; pour la rougeole en 1883 ; pour la scarlatine en 1881 (20 sur 100,000 vivants), et en 1880 (16) ; pour la coqueluche en 1883 et pour la diphtérie en 1877 (121 sur 100,000 vivants).

La fièvre typhoïde s'était maintenue à un taux constant jusqu'en 1880, année où elle a brusquement doublé de léthalité, et, depuis cette époque, sa mortalité n'a pas diminué.

La rougeole a monté progressivement.

La coqueluche, qui s'était maintenue jusqu'en 1876 au taux d'environ 10 décès sur 100,000 vivants, a doublé (19.5) pendant la période suivante.

Chacune de ces maladies a sa saison d'élection. Les mois d'octobre et de novembre sont ceux où la fièvre typhoïde fait le plus de victimes, tandis qu'elle est toujours plus rare en juin.

Pour la rougeole, le maximum de léthalité est en mars et avril, tandis que le minimum invariable est en octobre.

Dans la scarlatine, maladie rare à Paris, on observe un maximum assez constant en juillet et un minimum en octobre.

Pour la coqueluche, le maximum est de février à avril, le minimum en novembre.

La diphtérie présente son maximum de léthalité à la même époque que la coqueluche, et son minimum en septembre et octobre.

Quant à la variole, aucune règle ne peut lui être assignée.

IX. — Les comptes rendus trimestriels de Teissier sont accompagnés de graphiques représentant, semaine par semaine, la marche de la morbidité et de la mortalité des affections épidémiques, de celles des voies respiratoires et de celles de l'appareil digestif. Ces fascicules contiennent aussi, entre autres renseignements pleins d'intérêt, les résultats d'enquêtes étiologiques sur des épidémies de rougeole, de fièvre typhoïde et de variole qui ont sévi à Lyon.

Les observations lyonnaises confirment la loi qui règle dans les épidémies les rapports de la morbidité et de la léthalité : au début de l'épidémie, la mortalité est toujours plus forte, malgré le moins grand nombre de cas ; elle s'atténue au contraire à mesure de sa généralisation. La *diphtérie* fait seule exception.

A Lyon, comme partout ailleurs, la diphtérie suit une marche ascendante, mais ses sévices paraissent en sens inverse de ceux de la fièvre typhoïde (*R. S. M.*, XXII, 158).

Pour la *fièvre typhoïde*, la théorie de Pettenkofer se trouve en défaut à Lyon, où les épidémies coïncident toujours avec l'élévation de la nappe souterraine par les crues du Rhône, et l'explication de Pettenkofer n'y semble admissible que pour les cas de puits plus ou moins pollués. En revanche, l'influence de la pluie, signalée par Potain, est très nette ; chaque exacerbation du mal est consécutive aux maxima de pluie tombée. Dans l'épidémie de 1883, 60 fois sur 208, un refroidissement figure comme cause prédisposante. L'épidémie de 1881 montre que le traitement balnéaire n'a pas abaissé la mortalité.

La *rougeole* en 1882 a donné lieu à une épidémie plus meurtrière qu'aucune des précédentes, mais la maladie n'a été grave que chez les enfants. En effet, dans le premier semestre, les hôpitaux civils ont reçu 274 morbilleux, dont 75, soit plus de 27 0/0, ont succombé ; c'étaient tous des enfants ; la garnison a fourni 55 cas de rougeole sans aucun décès ; enfin, en ville on a noté 293 morts dues à cette maladie. La bénignité de cette épidémie chez les adultes ressort encore mieux des chiffres sui-

vants : cas d'adultes dans les hôpitaux civils et militaires, 124 sans aucun décès ; cas d'enfants dans les hôpitaux, 205 avec 75 décès, soit une mortalité de plus de 35 0/0. La rougeole secondaire, contractée à l'hôpital, n'a pas été plus grave chez les enfants. Les complications mortelles ont varié de nature suivant la constitution médicale régnante ; broncho-pneumonie ou diphtérie.

Quant à la *variole*, l'épidémie de 1883 a eu pour point de départ un nouveau-né âgé de 2 jours. Elle a été également remarquable par la forte proportion des individus vaccinés atteints : 50 sur 203 cas ; 23 des malades vaccinés ont succombé. Les deux seuls revaccinés ont guéri. La mortalité générale de la variole dans les hôpitaux a excédé 28 0/0.

Sur 57 enfants admis à l'hôpital pour variole, 28 émanaient du dépôt et 13 d'entre eux ont succombé.

Il y a donc urgence d'enlever de l'hôpital de la Charité le dépôt des enfants.

X. — A Bordeaux, la mortalité est surtout automnale ; le printemps offre le moins de décès.

La phtisie présente, comparativement avec les principales villes d'Europe, un chiffre très élevé de morts, fourni surtout par la population immigrante de valétudinaires qui viennent chercher un climat plus clément.

En revanche, la fièvre typhoïde fait très peu de victimes à Bordeaux. Il en est de même pour la diphtérie, qui est plus fréquente au printemps et en automne.

D'après Layet, on meurt d'apoplexie à Bordeaux plus que dans aucune ville d'Europe. Voici la moyenne des décès occasionnés par les principales maladies durant les 8 années comprises entre 1876 et 1883.

	Diphtérie.	Typhoïde.	Apoplexie.	Phtisie.	Broncho-pneumonie et pleurésie.	Diarrhée et choléra infantile.
Par 100,000 habitants......	45	47	206	390	278	143
Par 1,000 décès totaux......	18.6	19	84	161	119	59

J. B.

I. — **La crémation dans les cimetières de Paris en temps d'épidémie, par P. BROUARDEL** (*Annales d'hygiène publique et de médecine légale, 3e série, X, p.* 315, *octobre* 1883).

II. — **De l'utilité qu'il y aurait à autoriser la crémation des corps ayant servi à des études anatomiques, par BROUARDEL** (*Ibidem, XI, p.* 411, *mai* 1884).

III. — **The Law as regards Cremation** (*Sanitary Record, n°* 318, *p.* 455, *mars* 1884).

IV. — **Circulaire de la Société anglaise pour la crémation** (*Ibidem*).

V. — **The New England Cremation Society** (*Ibidem, n°* 320, *p.* 571, *mai* 1884).

VI. — **Nécessité et importance des dépôts mortuaires pour villes et campagnes, par Henry-C. BURDETT** (*Vierteljahrsschrift für gerichtliche Medicin und öffentliches Sanitätswesen, nouv. série, XXXV, p.* 361, *octobre* 1881, *et Annales d'hygiène publique, V, p.* 261, *mars* 1881).

I. — Dans les pays où la crémation facultative est adoptée, on n'a pas

encore inventé un système d'incinération rapide, et, en admettant que l'on construise sans délai des fours crématoires, à moins d'en établir un grand nombre, la quantité de corps brûlés sera dans une proportion presque négligeable par rapport à ceux que l'on devra inhumer en temps d'épidémie.

Les manipulations de cadavres nécessitées par la crémation sont plus nombreuses et exposent à autant, sinon à plus de dangers ; lorsque le corps a été inhumé, tout danger a disparu.

Les intérêts de la justice et ceux, tout aussi graves, des personnes injustement inculpées d'avoir commis un empoisonnement seraient sérieusement compromis par l'adoption de la crémation, surtout en temps d'épidémie cholérique (accidents cholériformes produits par l'arsenic et le sublimé).

Si la crémation n'est autorisée qu'après autopsie et analyse des viscères, il faut avant tout organiser des chambres d'autopsie et faire l'éducation d'un grand nombre d'experts.

L'établissement d'appareils crématoires, en temps d'épidémie, dans les cimetières de Paris, présente de graves inconvénients, et le conseil d'hygiène de la Seine pense qu'il n'y a pas lieu de l'autoriser.

II. — Les cadavres qui servent aux dissections s'élèvent chaque année à trois ou quatre mille, chiffre qui représente le douzième ou le treizième de la mortalité totale de Paris.

L'encombrement des cimetières parisiens est tel que la destruction de ces corps par le feu aurait un réel avantage. En outre, il serait possible d'étudier les conditions les meilleures pour l'installation des fours crématoires.

Enfin on pourrait profiter des circonstances pour résoudre quelques-uns des problèmes médico-légaux qui s'opposent actuellement à l'adoption de la crémation : par exemple, dans les analyses viscérales, on pourrait peut-être par des localisations spéciales distinguer les toxiques ingérés lentement à doses thérapeutiques.

Le Conseil d'hygiène de la Seine a voté, le 14 mars 1884, les conclusions suivantes du rapport de Brouardel : 1° l'hygiène publique n'aurait rien à redouter de l'incinération des cadavres provenant des amphithéâtres de dissection, pourvu qu'elle soit faite dans des fours convenablement installés et ne dégageant aucune odeur ; 2° au point de vue médico-légal, la crémation de ces débris humains ne présenterait aucun inconvénient.

Voici, d'après l'ingénieur Bartet, l'état de la crémation à l'étranger :

A Milan, qui en fut le berceau, on en est revenu à l'appareil Gorini perfectionné, après avoir successivement essayé un système brûlant par le gaz d'éclairage (qui est très coûteux à Milan) et l'appareil Venoni. Le four Gorini est chauffé au bois. Le cadavre extrait de la bière est placé sur un plateau que viennent lécher les flammes. Pendant la combustion, la porte du four ouverte, on ne sent aucune mauvaise odeur. Les gaz de la combustion s'échappent par une cheminée de 20 mètres de haut et passent, avant de sortir, dans une colonne de coke enflammée ; ces gaz ne répandent aucune odeur à l'extérieur et aucun habitant du voisinage ne se plaint de la proximité de l'appareil. La crémation dure un peu moins de 2 heures et la température ne s'élève pas au-dessus de 600 degrés.

Toute personne peut, par testament ou par acte d'adhésion à la

Société de crémation, demander à être incinérée. La famille peut aussi faire la demande. La Société milanaise envoie cette demande à la préfecture, qui, avant de délivrer l'autorisation, consulte le procureur du roi. La dépense est de 7 à 8 francs.

A Brescia, c'est le Dr Mouri qui est à la tête de la Société de crémation. Il assiste aux opérations, comme le Dr Pini à Milan. L'appareil de Brescia est un four Venoni fondé sur les mêmes principes que le système Siemens (four à puddler). Le gazogène est complètement séparé du four, qui est placé dans la salle même où se réunit la famille. La chaleur nécessaire à la combustion est produite par un mélange de l'air avec le gaz inflammable provenant du gazogène. L'opération dure un peu plus d'une heure et demie et la température varie entre 700 et 800 degrés.

Dans tous les sytèmes employés, les résidus ont un volume variable entre 5 et 6 litres de cendres ou d'os blancs plus ou moins réduits en petits fragments. L'emplacement des reins donne seul un résidu noirâtre. L'appareil Gorini, qui fonctionne aussi à Rome, laisse des cendres et des fragments qui conservent la forme du corps.

En Allemagne, il existe un seul crématoire établi à Gotha ; chaque incinération coûte 187 fr. 50 c. L'appareil est le système Siemens avec tous ses récupérateurs de chaleur. Le fonctionnement n'en est régulier qu'à condition d'un personnel irréprochable. En outre, l'appareil nécessite de nombreuses réparations par suite des différences de température auxquelles les briques sont soumises. D'ailleurs, le four Siemens n'est utile que dans les opérations où on a besoin d'une forte élévation de la température. Or, dans la crémation, il est inutile de dépasser 800 degrés. A partir de cette température, il se forme, autour des os, comme une vitrification qui enveloppe le corps et le transforme presque en corps réfractaire.

En résumé, Bartet préfère le système Gorini, qui est simple, et il pense qu'il n'y aurait aucun inconvénient à brûler les corps dans la bière, ce qui éviterait des manipulations pénibles.

III et IV. — Le Dr Price, dit le druide gallois, a paru devant la cour d'assises de Cardiff, sous l'accusation d'avoir illégalement tenté de brûler le corps de son enfant décédé. Les juges Stephen et Fry ont conclu à son acquittement, déclarant qu'une personne qui brûle un corps mort au lieu de l'inhumer ne commet pas un acte criminel, à moins qu'elle ne le fasse d'une façon à causer une nuisance ou un scandale publics. Quant aux preuves de crime que l'incinération peut détruire, c'est l'affaire des législateurs et non des tribunaux, qui ne peuvent qu'appliquer les lois existantes.

Depuis 1878, la Société anglaise de crémation possède à Saint-John, Woking (comté de Surrey), un appareil crématoire qui n'a pu encore servir, vu la question de légalité. L'estimant résolue par la décision judiciaire ci-dessus, W. Eassie, secrétaire du conseil de la Société, indique, dans une circulaire, les précautions prises pour éviter la crémation de personnes ayant succombé à la suite de crimes, et expose les conditions auxquelles la Société permettra l'emploi de son appareil.

1° Une demande écrite sera adressée par les amis ou les exécuteurs testamentaires attestant que c'était le désir du défunt d'être incinéré ;

2° Elle sera accompagnée d'un certificat du médecin traitant déclarant que la mort a été naturelle, et en spécifiant la cause ;

3° A défaut de médecin ayant donné des soins au défunt, la Société fera faire l'autopsie par un médecin ;

4° Malgré l'exécution de ces clauses, la Société se réserve, dans tous les cas, le droit de refuser la permission.

V. — A Boston, s'est constituée, le 11 mars 1884, la Société de crémation de la Nouvelle-Angleterre, en vertu d'une loi qui lui reconnaît l'existence civile. Pour en être membre, on paye soit une cotisation mensuelle de 7 fr. 50 c., soit une cotisation annuelle, d'avance, de 60 francs. On acquiert ainsi le droit d'être inciné sans autres frais que le transport au crématoire. Celui-ci sera établi dans un faubourg et renfermera une chapelle, une salle d'autopsies et des salles de dépôt des corps, afin de tranquilliser les personnes qui redoutent d'être brûlées vives.

On sait qu'il existe déjà aux États-Unis un établissement semblable, à Washington dans la Pensylvanie (*R. S. M.*, II, 838; IV, 332; XVII, 108; XVIII, 689 ; XIX, 109 et 110).

VI.— Outre leur utilité sanitaire, les dépôts mortuaires ont une importance morale et sociale considérable. En Angleterre, ils sont encore très peu nombreux, en dehors des salles de morts des hôpitaux et des morgues des grandes villes. Le plus monumental est celui de Golden Lane, qui a coûté trois cent mille francs. Il peut recevoir 12 corps et renferme une chapelle, des salles d'autopsie judiciaire, des appareils de désinfection, un cabinet pour les médecins, etc. Au contraire, à Greenwich, le dépôt mortuaire, dénué de tout, est installé dans une ancienne maison de pestiférés.

Selon Burdett, les dépôts mortuaires doivent former des annexes, soit des grands hôpitaux, soit des cimetières. Ils doivent être le plus éloignés possible des habitations et isolés de la voie publique par des arbres.

Les salles ne doivent être ni trop éclairées ni trop sombres, pour ne pas faire une impression désagréable sur les visiteurs.

Chacun de ces établissements doit contenir une pièce distincte, réservée aux autopsies judiciaires des corps dont l'identité n'est pas reconnue ou qui nécessitent des recherches médico-légales.

La grandeur de la maison doit être appropriée au chiffre de la population. Burdett propose que les dimensions en soient calculées de façon à recevoir 12 cadavres dans les grandes villes.

Le dépôt sera approvisionné de cercueils pour aller chercher les corps qui seront placés sur des tables d'ardoise ou de zinc ou sur des tréteaux en fer. En cas de décomposition avancée, on mettra dans le cercueil du chlore ou de l'acide phénique concentré. Les cercueils du dépôt seront désinfectés chaque fois.

Le gardien de l'établissement tiendra un registre d'entrée.

On ne permettra l'entrée dans le dépôt qu'aux proches parents et aux entrepreneurs de pompes funèbres. L'accès de la salle des contagieux sera complètement interdit.

Le dépôt doit être ouvert à tous les cadavres et à toute heure du jour (*R. S. M.*, XVII, 111). J. B.

I. — What are the advantages of a system of notification of infectious diseases (Avantages d'un système de notification des maladies infectieuses), par H.-D. LITTLEJOHN (*Sanitary Record, n° 304, p.* 295 *et* 307, *janvier* 1883).

II. — Notification of infectious diseases (*Ibidem, n°* 316, *p.* 357, *janvier* 1884).

III. — **On the working of the provisional order for the notification of infectious diseases in Manchester, par Henry ASHBY** (*Ibidem, n°* 317, *p.* 386, *février* 1884).

IV. — **Prophylaxie des affections contagieuses** (*Ibidem, n°* 312, *p.* 118, *septembre* 1883).

V. — **Sanitary Compensation for disturbance** (*Ibidem, p.* 120).

VI. — **Proposed extension of the powers of local sanitary authorities (Extension des pouvoirs des autorités sanitaires), par J.-M. ELLIOTT** (*Ibidem, n°* 311, *p.* 60, *août* 1883).

VII. — **Notification of infectious diseases, par G.-H. PERCIVAL** (*Idem, n°* 317, *p.* 394, *février* 1884).

VIII. — **On the closure of schools to prevent the spread of epidemies (Fermeture des écoles pour prévenir la diffusion des épidémies), par T.-J. DYKE** (*Ibidem, n°* 307, *p.* 451, *avril* 1883).

IX. — **L'hôpital pour affections contagieuses d'Exeter, par J. WOODMAN** (*Annales d'hygiène publiq.*, 3e *série, V, p.* 260).

X. — **Outbreak of small-pox at the East-End of London (Épidémie de variole), par John-W. TRIPE** (*Ibidem, n°* 320, *p.* 534 *et* 557, *mai* 1884).

XI. — **Variole, chiffons et fabriques de papier, par A. LAYET** (*Revue sanitaire de Bordeaux et du Sud-Ouest, n°* 6, *p.* 41, 25 *février* 1884).

XII. — **Verfügung des Minist. der geistlich... Angelegenheiten, betreffend die Anzeige der Diphtherie, vom 1 April 1884 (Prescription ministérielle relative à la diphtérie)** (*Viertelj. f. gericht. Med. u. öff. Sanit., nouv. serie, XLI, p.* 191, *juillet* 1884).

I et II. — Édimbourg, qui n'est pas une ville manufacturière, mais un grand centre d'instruction et une station sanitaire, a longtemps joui de la notoriété peu enviable d'être un foyer de maladies épidémiques, ce qui nuisait beaucoup à ses intérêts matériels. Les premières mesures d'assainissement consistèrent à faire des percées à travers la ville vieille habitée par une population dense et pauvre.

En outre, une loi locale, en vigueur depuis le 7 novembre 1879, prescrit aux médecins praticiens de porter, dans les 24 heures, à la connaissance du médecin sanitaire, tous les cas de choléra, de typhus, de fièvre typhoïde, de diphtérie, de variole, de scarlatine et de rougeole, sous peine d'une amende pouvant s'élever à 50 francs. En revanche, il leur est alloué 3 francs par cas déclaré, une fois que la justesse du diagnostic a été vérifiée par le médecin sanitaire, et des formulaires ainsi que des enveloppes timbrées sont mis à leur disposition.

Cet article de loi est exécuté loyalement par tous les médecins de la ville, et les citoyens sont si pénétrés de ses avantages qu'ils se sont offerts à doubler l'allocation consentie aux médecins traitants plutôt que d'y renoncer. Les hôteliers, très nombreux à Édimbourg, sont parmi ceux qui approuvent le plus la mesure, loin de redouter la publicité.

En effet, en 1882, il y a eu à Édimbourg une épidémie de rougeole qui a atteint 4,391 personnes. Or, avant que les bulletins de mortalité aient eu l'occasion de la mentionner, on avait déjà déclaré plus de 200 cas.

Depuis l'application de la loi, à 8 reprises la variole a été importée

dans la ville et chaque fois on a pu l'empêcher de se répandre, grâce à la prompte information des autorités qui ont prescrit l'isolement complet des premiers malades.

Le nombre total des déclarations pour 1882 a été de 7,063 ; pour 1883, de 5,411, dont environ 3,000 rougeoles, 1,817 scarlatines, 346 fièvres typhoïdes, 214 diphtéries et 50 typhus.

III.— A Manchester, existe, depuis 1881, la déclaration obligatoire pour les cas de variole, de typhus, de fièvre typhoïde, de fièvre à rechutes, de scarlatine, de fièvre puerpérale et de diphtérie. Les médecins qui s'y refusent sont passibles d'une amende dont le maximum est de 125 francs; ils reçoivent 3 francs par malade déclaré. La même mesure a été prise à Salford dès l'année suivante.

Ashby cite le fait que voici à l'appui de l'utilité de cette prescription légale. Il a vu une femme, derrière le comptoir d'une boutique, servir le lait à ses clients tout en donnant ses soins à son enfant atteint de scarlatine : le petit malade avait été isolé dans la boutique, parce que les sous-locataires de la famille s'étaient opposés à le garder avec eux dans la pièce de derrière.

IV. — A Burnley, Hartlepool, Heywood et Portsmouth, la déclaration des cas d'affections épidémiques est obligatoire à la fois pour les chefs de famille et les médecins.

Dans ces quatre villes, ainsi qu'à Sheffield, les nourrisseurs et laitiers sont tenus, sur réquisition, de fournir aux autorités la liste de leurs clients, toutes les fois qu'on peut suspecter la dissémination d'une maladie contagieuse par l'intermédiaire du lait. Dans les cinq localités ci-dessus, et en outre à Birmingham et à Longton, l'autorité a les pouvoirs nécessaires pour désinfecter les logements contaminés et pour infliger une amende aux personnes qui quittent une maïson contaminée sans qu'elle ait été au préalable désinfectée.

Dans toutes les villes mentionnées, sauf à Portsmouth, les corps de personnes mortes d'affections contagieuses ne peuvent être gardés plus de 48 heures et transportés dans la ville autrement qu'en corbillard ; le cadavre des personnes décédées à l'hôpital n'en sort que pour être enterré. L'autorité peut aménager des locaux temporaires pour les habitants dont les maisons devront être désinfectées, et elle peut instituer des gardes-malades pour soigner les personnes atteintes de maladies infectieuses.

V. — Certaines villes anglaises, telles que Jarrow, ont le droit d'accorder des indemnités aux habitants pauvres qu'on empêche de gagner leur vie en les séquestrant à domicile quand ils sont atteints d'affections contagieuses.

VI. — Outre les villes déjà énumérées, la déclaration obligatoire des maladies infectieuses existe à Bolton, Bradford, Huddersfield, Nottingham, Newcastle-upon-Tyne et Wakefield. Mais elle n'a pas lieu dans d'importantes cités, telles que Liverpool, Leeds et Birmingham, par exemple.

Lorsque l'isolement d'un malade atteint d'affection contagieuse est impraticable à domicile, son transport à l'hôpital ne peut être ordonné que par un juge de paix. Elliott, qui est président d'une autorité sanitaire locale, trouve que le certificat du médecin sanitaire devrait suffire

pour ce transport. Il va même plus loin dans ses exigences : un fruitier avec sa femme et ses quatre enfants occupent une maison contenant 3 pièces outre la boutique. Le membre de cette famille qui est atteint de maladie contagieuse ne peut être soigné par d'autres personnes que celles qui servent les clients. Outre le transport du malade à l'hôpital, mesure insuffisante ici, la boutique doit être fermée, toutes les marchandises suspectes d'infection devront être détruites et la maison doit être désinfectée avant la réouverture de la boutique ; enfin la famille devra être indemnisée.

D'autre part, le recouvrement des frais d'hôpital est injuste, d'abord parce que le maintien à l'hôpital des malades atteints d'affections contagieuses profite à toute la communauté, ensuite parce que les parents payent déjà comme contribuables leur part pour l'entretien de l'hôpital, enfin parce que cette exigence empêche un certain nombre de malades d'aller à l'hôpital.

VII. — Percival est partisan de la déclaration obligatoire des cas de maladies infectieuses, mais non pas par les médecins. En effet, en l'imposant à ces derniers, on va à l'encontre du but désiré, car les malades se dispensent d'appeler leur médecin, et pendant ce temps l'épidémie peut se répandre. Pour les épizooties, on n'a pas songé à imposer cette obligation aux vétérinaires. En fait d'épidémies, on doit procéder de même : ce sont les chefs de famille qui, sous peine d'amendes sérieuses, doivent être contraints de déclarer les cas de maladies contagieuses survenus dans leur maison.

VIII. — Dyke rapporte un exemple attestant l'heureuse influence de la fermeture des écoles pour arrêter les épidémies. La rougeole régnait à Merthyr-Tydfil, paroisse qui compte 18,000 habitants. La maladie se propageait manifestement par les relations que les élèves de 6 différentes écoles avaient entre eux; dans 4 de ces 6 écoles, il suffit de licencier la classe enfantine pour arrêter les progrès de la maladie. Durant les 28 jours antérieurs à la fermeture des écoles, on compta 301 cas de de rougeole, dont 221 parmi les écoliers, 79 parmi des enfants plus jeunes et 1 cas chez une personne au-dessus de 15 ans.

Dans la première quinzaine qui suivit la fermeture des classes, on nota encore 115 rougeoles, dont 71 parmi les écoliers, 39 parmi des enfants plus jeunes et les 5 autres chez des personnes âgées de plus de 15 ans.

Pendant la seconde quinzaine après la clôture de la classe enfantine, on ne comptait plus que 14 cas de la maladie, sur lesquels 6 dans l'école de garçons qui n'était pas licenciée et 8 chez des enfants en bas âge dont 5 appartenaient aux familles des écoliers atteints. Aucun cas ne se produisit chez les élèves des 5 autres écoles.

Donc, on a obtenu une diminution marquée des nouveaux cas de rougeole à la fin de la première quinzaine après la clôture des écoles, et une cessation presque entière de l'épidémie quinze jours plus tard.

L'auteur conclut :

1° Toutes les fois qu'un écolier est reconnu atteint d'une maladie infectieuse, les enfants de la même maison doivent être exclus de l'école ;

2° S'il existe plusieurs cas semblables parmi les élèves d'une même école, on doit en interdire pendant 30 jours la fréquentation à tous les enfants âgés de moins de 5 ans ;

3° Si néanmoins, après un intervalle de 15 jours, la maladie règne encore, la classe enfantine doit être fermée durant 30 jours. Dans la majorité des circonstances, cette mesure, jointe à l'exclusion de tous les enfants provenant de maisons contaminées, sera suffisante pour mettre fin à l'épidémie;

4° Si cependant la maladie s'était beaucoup propagée avant l'adoption de ces mesures, il y aurait lieu alors de fermer toutes les écoles sans exception.

IX. — Exeter est la première ville anglaise qui se soit dotée d'un hôpital à l'usage exclusif des maladies épidémiques. L'établissement a été ouvert en novembre 1871, à la suite d'une épidémie de variole noire; mais depuis 1873, il reçoit également les autres affections contagieuses. En 9 ans cet hôpital a traité 96 varioleux, dont 10 ont succombé (8 parmi les 22 malades non vaccinés); 97 scarlatineux (6 morts); 107 typhoïdiques (16 décès) et 9 morbilleux, qui ont tous guéris. En 1878, 5 scarlatineux revaccinés ont contracté la variole dans l'établissement.

Une voiture spéciale va chercher les malades et elle est désinfectée après chaque voyage.

X. — Déjà vers la fin de l'année 1883, la variole sévissait avec plus de force au voisinage de l'hôpital de varioleux d'Hackney que dans le reste du district. Tripe l'avait attribué à la présence, dans cet établissement, nécessitée par des travaux, de nombreux ouvriers qui se répandaient chaque jour au dehors après s'être trouvés plus ou moins en contact avec les convalescents qui se promenaient. Mais, depuis la terminaison de ces travaux, la prédilection de la variole pour les alentours de l'hôpital a persisté. Enfin, au mois de mars suivant, on constata une véritable épidémie de 69 cas répartis dans 65 maisons.

20 de ces maisons étaient situées dans un rayon de 400 mètres autour de l'hôpital d'Hackney; 15 dans un rayon compris entre 400 et 800 mètres; 16 dans un rayon de 800-1,600 mètres et 14 à une distance plus grande.

En rapportant les 65 cas de variole à la population de ces divers rayons, qui comprend 200,000 âmes, on trouve qu'il y a eu 2 cas sur 1,000 habitants dans le rayon de 400 mètres; 0.50 cas dans le rayon de 400-800 mètres; 0.27 dans le rayon de 800-1,600 mètres et seulement 0.014 cas sur 1,000 habitants dans le restant du district.

Les maisons frappées se trouvent surtout à l'ouest et au sud-ouest de l'hôpital et par conséquent en dehors du trajet des voitures qui amènent les varioleux ou emmènent les convalescents. L'épidémie s'est manifestée à l'époque où l'hôpital comptait un minimum de malades (28 en moyenne).

Les différentes maisons atteintes n'étaient pas voisines les unes des autres et une enquête soigneuse a établi qu'il n'y a eu aucune communication entre les diverses personnes infectées.

D'autre part, la direction du vent n'explique pas non plus cette épidémie, car le vent était alors très variable d'un instant à l'autre du jour et il n'a jamais été noté dans les deux directions nécessaires pour le transport des germes. Bien plus, il n'y avait pas eu d'épidémie dans les semaines précédentes, alors que le vent soufflait précisément de l'est et du nord-est.

Tripe se voit donc forcé d'admettre que le transport aérien des germes

infectieux est dû à quelque condition inconnue de l'atmosphère qui rend par moments les germes morbides plus actifs qu'en d'autres.

Dans la discussion de la Société des médecins sanitaires, Dudfield remarque aussi que la dissémination des cas de variole autour de l'hôpital pour varioleux de Fulham ne suit pas la direction du vent prédominant. Sur quoi W. Blyth émet l'idée que dans les diverses rues les tourbillons aériens ne doivent pas toujours conserver la même direction que le vent régnant.

XI. — Après avoir rapporté les faits dus à Gintrac, Lewis, Gibert, Ruysch, Parson, les épidémies de Senlis (1877) et d'Abenheim, qui montrent l'influence de l'industrie des chiffons sur la propagation de la variole, Layet fait observer que depuis le décret du 15 avril 1879, qui a rendu obligatoire la désinfection des chiffons importés par la voie maritime, les balles de chiffons arrivent toutes à Bordeaux par la frontière d'Espagne, parce que liberté entière est laissée aux importateurs par voie de terre.

XII. — Le ministre prussien des affaires médicales, considérant que la diphtérie n'est pas mentionnée dans le règlement de 1835, bien qu'elle appartienne incontestablement aux maladies contagieuses, a pris, le 1er avril 1884, un arrêté qui prescrit la déclaration des cas de diphtérie à la police, laquelle sera chargée de prendre les mesures sanitaires nécessaires pour empêcher le développement de l'épidémie. J. B.

I. — Traité des désinfectants et de la désinfection, par E. VALLIN, *Paris*, 1883).

II. — Ueber Torfstreu (De la poudre de tourbe), par Alexander MÜLLER (*Vierteljahrschift für gerichtl. Med., nouv. série, XXXVIII, p.* 159).

III. — Du gaz acide sulfureux, comme insecticide et assainissant, par A. LAILLIER (*Annales d'hygiène publ.*, 3e *série, IX, p.* 97).

IV. — Ueber den Werth der einzelnen gebräuchlichen aseptischen Heilmittel, (Valeur comparée des divers antiseptiques), par SATTLER (*Berliner klinische Wochenschrift*, *n°* 44, *p.* 686, 29 *octobre* 1883).

V. — Ueber Desinfectionsapparate (Appareils et moyens de désinfection), par H. MERKE (*Viertelj. f. gerichtl. Med. und öff. Sanit., nouv. série, XXXVII, p.* 85)

VI. — Les nouvelles étuves à désinfection et les perfectionnements dont elles sont susceptibles, par E. VALLIN (*Revue d'hygiène et de police sanitaire, V, p.* 974).

VII. — Expériences sur les étuves à désinfection des hôpitaux de Paris, par E. VALLIN (*Ibidem, VI, p.* 25 *et* 53).

VIII. — La désinfection par l'eau bouillante et la vapeur, par Alph. KOCH (*Ibidem, VI, p.* 679).

IX. — Instruction zur Desinfection von Seeschiffen vom 11 Juli 1883 (De la désinfection des navires) (*Berlin. klin. Woch., n°* 31, *p.* 479, 30 *juillet* 1883).

X. — Instruction de la préfecture de Berlin du 15 août 1883 sur la pratique de la désinfection (*Ibidem, n°* 36, *p.* 559, 3 *septembre* 1883).

I. — L'ouvrage de Vallin est sans précédent. Dans une véritable monographie, il fait l'exposé critique des travaux antérieurs sur les désinfectants et y ajoute de nombreuses expériences personnelles dans lesquelles

il a contrôlé les résultats d'autres auteurs : la *Revue* a déjà mentionné celles relatives à l'action de la chaleur (*R. S. M.*, XI, 120 et XII, 136) et des poussières sèches (*R. S. M.*, XIV, 545).

La première partie du volume est consacrée à l'étude des divers agents désinfectants que Vallin classe de la façon suivante : 1° agents mécaniques (ventilation, lavage); 2° absorbants ou désodorants (charbon, poussières sèches, chaux, chlorures, sulfates de fer et de zinc); 3° antiseptiques (sublimé, dérivés du goudron de houille, acides borique, salicylique, phénique, benzoïque), et 4° antivirulents ou neutralisants (chaleur, acides nitrique, hypoazotique, chromique, sulfurique, sulfureux, chlorhydrique, chlore, iode, brome, oxygène et eau oxygénée, ozone, permanganate, feuilles de noyer). Un certain nombre d'agents de cette classe ont déjà figuré parmi les antiseptiques.

La deuxième partie traite des applications à la désinfection nosocomiale, quarantenaire, vétérinaire, alimentaire, domiciliaire, industrielle, municipale (abattoirs, morgues, égouts, vidanges) et militaire (champs de bataille).

II. — De tout temps, on a employé la tourbe pour faciliter la manipulation du fumier et des matières fécales, tout en leur enlevant leur odeur. Mais il s'est créé dans les marais du nord-ouest de l'Allemagne une véritable industrie pour la préparation de la poudre de tourbe. On se sert à cet effet de la tourbe fibreuse qui constitue les couches supérieures, et qui jusque-là était rejetée comme inutile. On l'extrait sous forme de briquettes qu'on laisse sécher à l'air. Une fois desséchée, cette tourbe est réduite en menus fragments par une machine à vapeur. Enfin un crible la sépare en tourbe pulvérulente et tourbe filamenteuse. L'une et l'autre sont comprimées à la presse, en balles de 2 à 3 quintaux prêtes pour l'expédition.

La poudre de tourbe est employée pour garnir les latrines Moule. Elle a sur la terre de jardin l'avantage d'un pouvoir beaucoup plus considérable d'absorption et de désinfection, fait important dans les villes où l'on n'a pas souvent à sa disposition de grandes masses de terre. Les latrines à la tourbe, à fonctionnement automatique, de Bischleb et Kleuker, ont déjà de nombreux partisans à Brunswick.

Quant à la tourbe filamenteuse, elle est utilisée pour la désinfection des fosses d'aisance : après la vidange, on place au fond de la fosse une couche de tourbe de 2 pouces de hauteur. Mais ses principales applications sont dans les écuries et les étables. En effet, non seulement elle absorbe le double d'urine (jusqu'à 900 0/0) que la paille, mais surtout elle fixe l'ammoniaque.

Il est à présumer en outre qu'elle trouvera de nombreux emplois industriels dans le transport des objets fragiles, tels que les œufs, et pour garnir les matelas sur les navires d'émigrants.

III. — La première communication sur les propriétés sanitaires de l'acide sulfureux remonte à 1855. Dans une séance de l'Académie des sciences, Thenard ayant indiqué l'eau de savon comme moyen de détruire les punaises, Despretz déclara s'être débarrassé de ces insectes en dégageant de l'acide sulfureux. Mais il considérait comme essentiel de développer en même temps du gaz ammoniac, par la combustion d'un mélange de chaux et de sel ammoniac, afin de saturer l'acide sulfu-

reux et d'éviter sa transformation en acide sulfurique qui brûle le papier et le linge.

Pour nettoyer de leurs parasites les 30 dortoirs de l'asile d'aliénés de Quatre-Mares, Laillier a eu également recours à l'acide sulfureux, à la dose de 40 grammes de soufre en canons par mètre cube. Son propre logement a été assaini de la même façon, sans qu'il ait noté ni chez les malades ni chez lui-même aucun malaise.

Aussi, Laillier recommande-t-il l'emploi de ce moyen quand on voudra se délivrer de la présence d'insectes ou de gaz ammoniacaux, car l'acide sulfureux pénètre dans toutes les anfractuosités et tue même les insectes contenus dans les matelas.

Laillier a aussi essayé les siphons Pictet remplis d'eau chargée d'anhydride sulfureux. Les avantages de ce procédé d'assainissement sont sa rapidité, à cause de l'instantanéité du dégagement, sa sûreté, puisqu'on n'a pas à craindre que la combustion du soufre soit incomplète, sa sécurité, car il évite toutes chances d'incendie, enfin sa propreté, parce qu'on n'a pas de dépôts de poussières jaunâtres.

D'autre part, ses inconvénients sont qu'il est plus coûteux et qu'il expose davantage aux accidents d'intoxication. Laillier lui-même, pour avoir négligé les précautions, a éprouvé durant plusieurs heures du larmoiement, de la toux et des douleurs d'estomac.

En résumé, pour désinfecter rapidement un local peu vaste, il y a profit d'employer l'anhydride sulfureux liquide sous pression, mais pour les dortoirs d'hôpitaux, de casernes, de lycées, l'assainissement par combustion de soufre est préférable.

Quand, enfin, il s'agit de locaux qu'on ne peut cesser d'habiter pendant deux ou trois jours, Laillier, après avoir essayé à peu près tous les désinfectants, recommande le suivant qui est simple, inoffensif et peu coûteux. On fait rougir une tige en fer et on la plonge dans un pot contenant du goudron de bois. Les vapeurs de goudron obtenues ainsi ont pour effet non seulement de masquer l'odeur des gaz ammoniacaux répandus dans les dortoirs d'aliénés, mais aussi de neutraliser ces gaz.

IV. — Sattler a fait des cultures de bactéries dans diverses solutions de médicaments aseptiques et cela pendant un temps analogue comme longueur à celui durant lequel le liquide désinfectant est laissé en contact des tissus animaux, dans les expériences thérapeutiques. Voici les résultats qu'il a constatés :

L'eau chlorée est le meilleur aseptique, car il lui suffit d'une minute pour faire périr les cultures.

La solution de sublimé au millième est tout aussi efficace, tandis qu'il faut deux minutes à la solution au 5 millième pour arriver au même effet.

Viennent ensuite la résorcine, l'acide salicylique concentré, l'acide phénique à 2 ou 2 1/2 0/0 qui ont besoin de trois minutes.

Au bout de cinq minutes, l'acide borique, le thymol, l'eau oxygénée n'ont encore montré qu'une faible action aseptique, mais l'iodoforme leur est encore inférieur.

L'alcool n'a de valeur que pour faire périr les spores humides.

Le chlore et le sublimé sont seuls capables de détruire les bacilles plus résistants du charbon.

Naturellement, l'antisepsie réclame des solutions beaucoup plus con-

centrées, mais ce sont toujours le chlore et le sublimé qui tiennent la tête et Sattler préconise vivement la liqueur de sublimé au millième ou au 5 millième, suivant le cas, comme étant l'agent aseptique et antiseptique le meilleur, le moins coûteux et le plus facile à se procurer.

V. — L'hôpital des Baraques de Berlin, qui compte 400 lits, possède deux étuves à désinfection : la plus ancienne, de forme cylindrique, a une contenance de 6^{mc},28. L'autre, qui est rectangulaire et d'une capacité de 6^{mc},5, a des doubles parois en moellons cimentés avec couche isolante intermédiaire de 7 centimètres d'épaisseur, constituée par de la sciure de bois. Ce dernier appareil suffit pour désinfecter complètement en vingt-quatre heures les effets (sommiers, literie, tapis, vêtements, linge) de douze familles, à raison d'une soixantaine d'articles par famille.

Les expériences de Koch et Wolffhuegel d'une part, celles de Koch, Gaffky et Loeffler de l'autre, ayant montré le peu d'efficacité comme désinfectant de l'air chaud quand on l'emploie isolément, et au contraire la supériorité de la vapeur d'eau, Merke modifia ses appareils pour y permettre l'introduction directe de vapeur. Mais il dut reconnaître que les objets se trempaient d'humidité et se tachaient d'une façon indélébile en jaune, par suite de la condensation de cette vapeur. Il songea alors à recourir à l'emploi simultané de la chaleur sèche et de la vapeur, suivi de ventilation à l'aide de la chaleur sèche. En procédant ainsi, non seulement les inconvénients ci-dessus ont disparu, mais il put atteindre une température bien supérieure à celle qui était possible avec la vapeur d'eau seule.

Comme conclusions de ses expériences, Merke expose ainsi les conditions nécessaires en pratique à tout appareil de désinfection : 1° capacité de 10 mètres cubes ; 2° chariot sur rails permettant d'introduire et de retirer les objets sans avoir besoin d'entrer dans l'étuve ; 3° bon isolement des parois ; 4° chauffage par de la vapeur venant d'un générateur spécial indépendant et non produite à l'intérieur ou au-dessous de l'appareil ; 5° ventilation suffisante de l'intérieur de l'étuve ; 6° dispositions permettant l'usage simultané de l'air chaud et de la vapeur. (C'est le seul moyen possible, par exemple, pour désinfecter l'ouate sans en altérer les qualités d'élasticité.)

On trouvera dans le mémoire de Merke le dessin d'un appareil de désinfection transportable, dû à Schimmel, de Chemnitz, et adopté pour la clinique gynécologique de Berlin.

VI. — Huit des hôpitaux de Paris ont des étuves à désinfection ; trois d'entre elles sont chauffées par la vapeur, les autres par le gaz. Saint-Louis, à lui seul, possède deux étuves à vapeur et une à gaz.

Les étuves à gaz coûtent moins cher d'établissement, mais davantage d'entretien : elles rendent des services là où il n'existe pas de générateur de vapeur servant à d'autres usages.

Mais toutes les étuves parisiennes sont des étuves sèches et Vallin voudrait y substituer l'emploi de la chaleur humide. Les expériences de Koch ont en effet établi les points suivants : non seulement l'air chaud et sec n'assure pas la destruction des spores, mais il pénètre très difficilement au centre des objets volumineux. La désinfection par la chaleur sèche exige un temps très long et est par conséquent fort coûteuse. On n'est pas assuré de l'avoir obtenue, même en poussant la température à

un degré où les objets exposés sont endommagés. Une exposition directe à la vapeur à 100°, pendant cinq à dix minutes, suffit à détruire la virulence du sang charbonneux desséché, riche en spores ; pendant quinze minutes, celle des spores de la terre de jardin, qui ne sont pas détruites par une exposition de plusieurs heures dans l'air sec à 150°.

Avant de dégager la vapeur dans l'étuve, on la fait circuler dans des tuyaux pour chauffer les objets placés dans l'étuve, afin d'empêcher la condensation immédiate de la vapeur à leur surface. A la fin de l'opération, on laisse affluer l'air sec et chaud qui absorbe toute trace d'humidité.

Rien ne serait plus facile que de transformer les étuves des hôpitaux parisiens, en ajoutant un robinet de dégagement pour la vapeur sur l'un de leurs tuyaux calorifères. Avec cette modification, la séance de désinfection qui dure aujourd'hui six heures et demie se ferait en une heure.

VII. — Il résulte des expériences que Vallin a faites sur l'étuve à gaz de la Maternité, dont la température ne descend guère au-dessous de 115°, que dans ces étuves à air chaud et sec, la température, au centre des matelas, oreillers et ballots de couvertures est insuffisante pour assurer la désinfection. La température est inégalement répartie dans ces appareils et les indications fournies par les thermomètres qui en traversent les parois ne font pas connaître d'une façon rigoureuse la température à laquelle seront soumis tous les objets exposés. Cela explique pourquoi les couvertures de laine blanche sont souvent roussies par places, bien que la température de 120° soit inoffensive à cet égard. Les taches correspondent peut-être au passage de veines d'air surchauffé bien au delà de ce chiffre.

Des modifications peu coûteuses remédieraient aux imperfections de ces appareils. Il faudrait : 1° faire arriver l'air surchauffé par la partie supérieure, ainsi que le conseille Herscher; 2° tendre (comme à Berlin) au-dessus et autour du cadre mobile qui reçoit les objets une toile qui, servant d'écran, empêche le rayonnement direct des parois de l'étuve et mélange les veines de températures différentes; 3° projeter un jet de vapeur à un moment donné.

Dans la discussion, Herscher ajoute aux conditions déjà spécifiées par Vallin, les suivantes, si l'on veut avoir une étuve fonctionnant bien : 1° les parois doivent rester chaudes même pendant la période d'humectation, de manière à éviter toute condensation; 2° la vapeur injectée doit pouvoir être rapidement évacuée sans ouvrir les portes; 3° les portes doivent être garnies de bourrelets et doublées de matières mauvaises conductrices, telles que la pierre ponce; 4° les objets doivent être suspendus verticalement et non mis en paquets, de façon à offrir le plus de surface possible à l'action de la chaleur.

VIII. — Koch propose un appareil propre à désinfecter tout objet suspect. Il en a étudié le projet sur l'initiative de Zündel qui ne trouve pas satisfaisante la désinfection des wagons de bestiaux telle qu'elle se pratique aujourd'hui. En effet, au sortir du tuyau, la vapeur qui subit une dilatation brusque se réduit en eau à l'état vésiculaire et le jet perd rapidement sa puissance et sa chaleur.

Koch a donc songé à utiliser l'eau bouillante qui, prise dans la chaudière de locomotive, a une température de près de 160°. Il suffit pour cela

de se servir d'un appareil que possèdent toutes les locomotives : le frein à contre-vapeur de Ricourt et Lechâtellier. Cet appareil, qui permet le mélange d'eau et de vapeur, se compose de deux robinets fournissant l'un l'eau, l'autre la vapeur et aboutissant à un tuyau commun.

Avec une locomobile munie de ce dispositif, on pourrait désinfecter les conduites d'évier et de latrines. A Strasbourg c'est d'ailleurs ainsi que se fait le nettoyage des pompes à bière.

IX. — Les substances prescrites pour la désinfection des navires par l'instruction ministérielle prussienne du 11 juillet 1883, sont au nombre de trois : 1° une solution phéniquée préparée avec de l'acide à 100 0/0 dissous dans 18 fois son poids d'eau ; 2° le sublimé réservé exclusivement pour la sentine; 3° la vapeur d'eau à 100°.

L'exposition des objets à la vapeur ne doit pas durer moins d'une heure pour ceux qui se laissent facilement pénétrer, tels que les vêtements, et pas moins de deux heures pour les autres.

La solution phéniquée servira pour tous les logements et pour les cadavres.

Le sublimé requis pour la désinfection de la cale sera contenu dans des vases portant l'étiquette « poison », et enfermé avec les ustensiles nécessaires à son emploi dans un endroit dont le capitaine gardera la clef. Pour 1,000 litres d'eau de cale, on dissoudra 1 kilog de sublimé dans 20 litres d'eau, en agitant le mélange dans une cuve en bois pendant deux heures. On pompera ensuite l'eau de la cale, de l'arrière vers l'avant, et on versera peu à peu la solution de sublimé par l'avant, en continuant de pomper une heure pour assurer le mélange du désinfectant. Le procédé suivant permettra de reconnaître si la désinfection est suffisante. On prélève en divers lieux de la sentine des échantillons d'eau dans lesquels on plonge une bande de cuivre polie à l'émeri. Quand la désinfection est suffisante, il se forme un dépôt grisâtre sur la partie du métal immergée. On laisse alors séjourner vingt-quatre heures dans la cale l'eau additionnée de la quantité voulue de sublimé avant de la pomper pour la remplacer par de l'eau de mer. Afin d'être sûr qu'il reste le moins possible de désinfectant dans la cale, on répétera la même opération les trois jours suivants. Vu la toxicité du sublimé, la désinfection de la sentine doit être confiée à des personnes sûres et être l'objet d'une surveillance continue.

X. — L'instruction pour la pratique de la désinfection, publiée le 15 août 1883 par la préfecture de police de Berlin, est très minutieuse. En voici la substance :

Parmi les maladies contagieuses, il en est un certain nombre pour lesquelles une désinfection stricte est de rigueur, ce sont : la variole, la diphthérie, le choléra, les typhus, la fièvre typhoïde, le charbon, la morve et la rage.

Les moyens de désinfection auxquels on doit avoir recours sont les suivants :

1° La lessive de savon de potasse, préparée en dissolvant 15 grammes de savon noir dans 10 litres d'eau tiède ;

2° La solution phéniquée au vingtième ;

3° La solution de sublimé, réservée pour les affections éminemment contagieuses et préparée à l'aide d'une solution au millième (délivrée

sur ordonnance de médecin) dont on mélangera une partie avec cinq parties d'eau froide ;

4° Les pulvérisations phéniquées ;

5° Les vapeurs de chlore obtenues en versant, sur une quantité suffisante de chlorure de chaux contenue dans une assiette, un poids égal d'acide chlorhydrique. Il faut 1 kilogramme de chlorure de chaux pour une pièce de 60 mètres cubes ;

6° L'aération ;

7° La chaleur sèche et la vapeur d'eau, mises en œuvre dans des étuves publiques ;

8° L'incinération pour les objets sans valeur.

Tout le linge et la literie salis par le malade doivent, dans la chambre même et sans avoir été secoués, être placés dans des récipients contenant la solution de savon.

Toutes les excrétions du malade seront reçues dans des vases toujours pleins de liqueur de savon, à l'exception des cas suivants : pour les cholériques, c'est du sublimé que contiendra le vase ; l'urine des diphthéritiques et des scarlatineux, les selles des typhoïdiques et des dysentériques seront reçues dans des vases pleins de la solution phéniquée.

Les cadavres de personnes mortes de variole, de diphthérie, de choléra, de typhus pétéchial, de morve, de charbon et de rage seront enveloppés dans des draps imprégnés de la solution de sublimé ; dans les autres maladies, les cadavres seront mis dans des linceuls imbibés de la solution savonneuse.

Quand un varioleux aura quitté sa chambre, toutes les parois de la pièce, les meubles et ustensiles qu'elle renferme, seront d'abord frottés avec la solution de sublimé ; immédiatement après, toutes les surfaces et tous les objets qu'on peut écurer seront savonnés, et enfin on dégagera des vapeurs de chlore, en ayant soin de protéger les pièces métalliques contre l'action des vapeurs par une couche d'huile. La police se réserve le droit d'étendre à la scarlatine et à la diphthérie ces mêmes prescriptions.

J. B.

I. — Traité de la vaccine et de la vaccination humaine et animale, par E. WARLOMONT (*Paris*, 1883).

II. — D'une alternance forcée dans l'intensité des maladies et de la valeur des moyens préventifs tels que la vaccination, par Alphonse de CANDOLLE (*Revue d'hygiène et de police sanitaire, V, p.* 550, *juillet* 1883).

III. — De l'origine du cow-pox, par E. CORNAZ (*Bullet. de la Soc. des sciences natur. de Neuchâtel, XIII, et Revue médicale de la Suisse romande, III, p.* 443.

IV. — Note sur l'examen microscopique des vaccins employés par le service municipal de la vaccine à Bordeaux, par Gabriel FERRÉ (*Annales d'hygiène publiq. et méd. lég.*, 3e *série, XI, p.* 510, *juin* 1884).

V. — Dog-pox et cow-pox, par G. FERRÉ (*Revue sanitaire de Bordeaux et du Sud-Ouest, n°* 11, *p.* 88, 10 *mai* 1884).

VI et VII. — Communications sur le cow-pox, par PHILIPPE et par LAYET (*Revue d'hygiène et police sanitaire, VI, p.* 854, *octobre* 1884).

VIII. — Vaccine et variole. Contribution à l'étude de leurs rapports, par Louis BERTHET (*Paris*, 1884).

IX. — Ueber Vaccine und Variola, par L. PFEIFFER (*Vierteljahrsschrift für gerichtl. Med. und öffentliches Sanitätswesen*, *nouv. série*, *XLI*, *p.* 352, *octobre* 1884, *et XLII*, *p.* 105, *janvier* 1885).

X. — Le vaccin animal peut-il transmettre la tuberculose? par CHAUVEAU (*Rev. d'hyg. et pol. sanit.*, *VI*, *p.* 757, *septembre* 1884).

XI. — De la vaccination par injection sous-épidermique, par A. BOURGEOIS (*Paris*, 1884).

XII. — Ueber das Reissner'sche Vaccine-Pulver (Poudre de vaccin), par O. HAGER (*Berliner klinische Wochenschrift*, *n°* 48, *p.* 744, *et n°* 49, *p.* 760, 26 *novembre et* 3 *décembre* 1883).

XIII. — Die öffentlichen Impfungen im Kreise Heilsberg (De la vaccination publique), par MEYER (*Viertelj. f. gericht. Med. und öff. Sanit.*, *nouv. série*, *XLI*, *p.* 301, *octobre* 1884).

XIV. — Zur Schutzkraft der Thierlymphe bei ganz unbedeutender Entwicklung von Pusteln (Vaccination efficace avec une seule pustule avortée), par FIECHTER (*Correspondenz-Blatt für schweizer Aerzte*, *n°* 14, *p.* 363, 15 *juillet* 1883).

XV. — Rapport sur les vaccinations et revaccinations pratiquées par le service municipal de la vaccine à Bordeaux pendant l'année 1883, par A. LAYET (*Revue sanitaire de Bordeaux et du Sud-Ouest*, *n°* 10, *p.* 75, 25 *avril* 1884).

XVI. — On Small-Pox and Vaccination, par W.-B. CARPENTER (*Sanitary Record*, *n°* 308, *p.* 513, *mai* 1883, *et V. f. g. M. u. œff. S.*, *n. série*, *XL*, *p.* 168, *janvier* 1884).

XVII. — Small-Pox in London and public Vaccination (*Sanit. Rec.*, *n°* 320, *p.* 546, *mai* 1884).

XVIII. — Ueber die Wirksamkeit der kœnigl. Preuss. Impf-Institute (Activité des instituts de vaccine en Prusse), par Hermann EULENBERG (*Viertelj. f. g. M. und œffentl. Sanit.*, *nouv. série*, *XL*, *p.* 136, *janvier* 1884).

XIX et XX. — Statistischer Bericht über die Wirksamkeit und die Erfolge des Impf-Instituts (Statistique des instituts de vaccine), par PISSIN (*Ibidem XXXVIII*, *p.* 300, *avril* 1883 *et Berlin klin. Woch.*, *n°* 18, *p.* 277, 5 *mai* 1884).

XXI. — Die Schutzpocken-Impfung in Oesterreich (De la vaccination en Autriche), (*Berlin. klin. Woch.*, *n°* 9, *p.* 136, 26 *février* 1883).

XXII. — Note sur la vaccination en Pologne, en Russie et en Finlande, par G. LUBELSKI (*Rev. d'hyg. et pol. sanit.*, *V*, *p.* 463, *juin* 1883).

XXIII. — Small-Pox Regulation of the State Board of Health of Indiana (*National Board of Health*, *Bulletin III*, *n°* 30, *p.* 255).

XXIV. — Small-Pox Regulation of the Tennessee State Board of Health (4 *janvier* 1882 (*Ibidem*, *p.* 256).

XXV. — Small-Pox Regulation of the New-Hampshire State Board of Health (*Ibidem*, *n°* 36, *p.* 334).

XXVI. — Virginia. An act to amend and reenact section 19 chapter 84 of the Code of 1873 (Modification du code en Virginie) (*Ibidem*, *n.* 48, *p.* 486).

XXVII. — An ordinance to provide for the vaccination of all citizens of Richmond (Virginia) (*Ibidem*, *n*° 30, *p*. 255).

XXVIII. — Sanitary Regulations against Small-Pox, adopted by the Health Committee of South Bethlehem Pa. (*Ibidem*, *n*° 42, *p*. 405).

XXIX. — Variole et vaccination dans l'Illinois (*Ibidem*, *n*° 43, *p*. 421, *et n*° 46, *p*. 461).

XXX. — Inspection of Immigrants (*Ibidem*, *IV*, *n*° 1, *p*. 2).

I. — Depuis 1848, date de la dernière édition de l'ouvrage classique de Bousquet, il n'avait été publié en français aucun traité didactique sur la vaccine. Warlomont qui, pendant 14 ans, a dirigé l'institut vaccinal de l'État en Belgique, était bien placé pour combler cette lacune.

Relativement à l'origine de la vaccine, il se rallie à l'opinion de Depaul pour qui le vaccin n'est pas autre chose que la variole modifiée, atténuée dans son passage à travers l'organisme du cheval ou de la vache.

Il condamne l'emploi des plaques de verre pour conserver le vaccin.

Dès qu'il s'agit d'inoculer du vaccin conservé, il faut substituer aux piqûres les scarifications, parce que la vaccination au moyen du vaccin conservé ne peut lutter avec celle de bras à bras qu'à la condition de suppléer à la qualité par la quantité.

Dans la technique de la vaccination animale, l'auteur décrit le vaccinateur-tréphine qu'il a inventé. Ce chapitre se termine par un index des publications sur la vaccine animale.

Le chapitre suivant est intitulé vaccinisation. Warlomont entend par là qu'on doit réinoculer tous les enfants, au moment où ils se présentent pour faire constater le résultat de la première inoculation, et recommencer l'opération aussi longtemps que le sujet ne s'y montre pas entièrement réfractaire.

Warlomont est d'avis que c'est à tort qu'on a essayé de réhabiliter le vaccin des revaccinés.

Dans l'état actuel de la science, aucune donnée ne permet de faire présumer le temps après lequel une vaccination cesse d'être préservatrice. Il faut donc, quelle qu'ait été la réussite d'une vaccination ou d'une revaccination antérieures, revacciner toutes les fois qu'on se trouve en présence d'une épidémie.

La revaccination obligatoire doit être le complément de la vaccination obligatoire.

II. — De Candolle explique, à l'aide des idées de Darwin, la diminution d'efficacité du vaccin comme préservatif de la petite vérole.

Toutes les maladies contagieuses ou épidémiques (syphilis, variole, choléra) présentent au début de leur apparition une mortalité considérable suivie d'une atténuation qui se prolonge de génération en génération. Cette marche ne tient pas à la nature des maladies elles-mêmes, car, chez les populations où la variole a paru pour la première fois dans le XIXe siècle, elle n'a pas fait moins de victimes qu'en Europe lors de ses débuts. C'est le fait d'envahir un terrain nouveau qui rend les épidémies destructives.

Enfin, lorsqu'une maladie épidémique atteint pour la première fois une

population, la plupart des individus disposés à en ressentir les effets sont atteints et il en meurt un grand nombre. Les naissances subséquentes proviennent de personnes qui n'ont pas été atteintes ou l'ont été à un degré moindre. En vertu de la ressemblance des enfants avec les parents, la nouvelle génération sera moins disposée à souffrir de cette maladie.

Au bout de deux ou trois générations, l'ensemble de la population n'aura plus été exposée elle-même ou par ses pères à la maladie en question. Il se constitue ainsi de nouveau une masse d'individus sur lesquels la maladie sévira, avant que la sélection recommence son œuvre.

La force des choses amène donc une variation dans l'intensité de chaque maladie, pourvu qu'il ne s'agisse pas d'une affection dont on meurt rarement ou qui attaque principalement les personnes âgées.

Quelque chose d'analogue s'est produit pour la vaccine. Lorsque Jenner découvrit le vaccin, la variole avait un peu perdu en Europe de son intensité primitive, en vertu de la sélection opérée par les épidémies antérieures. Pratiquée avec ardeur, la vaccine eut pour effet de rendre la petite vérole extrêmement rare. Mais après deux ou trois générations vaccinées, tel ne pouvait plus être le cas.

III. — Pour Cornaz, il n'y a que deux affections varioliques primitives : la variole humaine et la clavelée ou variole du mouton. Le cow-pox et le horse-pox proviennent directement de la variole humaine ou indirectement d'elle par la vaccine humanisée.

La valeur de la rétro-vaccine ne dépasse pas celle du vaccin humanisé, si même elle l'atteint et ne peut rivaliser avec celle du vrai cow-pox.

IV. — Dans le vaccin animal employé à Bordeaux, outre des cellules lymphatiques déformées, des globules sanguins mûriformes ou munis de piquants, des granulations moléculaires et quelques éléments cristallins (carbonate de chaux surtout), Ferré a constaté la présence d'un microbe qu'il croit à peu près semblable à celui qu'a décrit Jolyet.

Ce microbe nage dans le liquide, ou se meut à la surface des globules. Dans le liquide, il est entouré d'une auréole brillante. Sa couleur varie, suivant la position de l'objectif, du bleu au rouge. Ses dimensions oscillent entre 1 et 3 μ. A première vue, il paraît arrondi ou en croissant. A un grossissement plus fort, il présente une face supérieure convexe et une face inférieure plus ou moins excavée. Il offre deux prolongements placés aux extrémités d'un même diamètre de la face inférieure et dont l'un est plus long.

La plupart du temps ces microbes sont isolés. On retrouve les mêmes organismes dans le sang des différents animaux vaccinés avec le vaccin de Bordeaux.

V. — De quelques expériences, l'auteur conclut que le cow-pox est transmissible au chien et que ce dog-pox artificiel est retransmissible à la vache. Ces deux liquides présentent les mêmes caractères morphologiques. La durée de l'évolution semble être un peu plus courte pour le dog-pox. Les chiens âgés se sont montrés réfractaires au cow-pox.

VI et VII. — Suivant Philippe, le cow-pox n'est pas la variole de la vache. En effet, les taureaux ni les bœufs ne l'ont ; l'éruption n'est pas généralisée ; de plus les inoculations de vaccin sur la vache sont générale-

ment suivies de succès. Le cheval, au contraire, est réfractaire au vaccin. Le cow-pox qui donne le vrai vaccin jennérien résulte du transport du horse-pox modifié par son passage à travers la vache. Le horse-pox inoculé directement à l'homme détermine souvent des accidents locaux et généraux, ce qui lui fait préférer le cow-pox.

Layet distingue deux espèces de cow-pox : 1° le spontané ; 2° celui qui provient de l'inoculation du horse-pox à la vache et qui se reconnaît du premier à l'ombilication de ses pustules.

VIII— Travail inspiré par Chauveau. L'organisme du cheval, pas plus que celui du bœuf, n'est apte à transformer en vaccine la variole qui lui a été conférée par inoculation. Sur ce point, les expériences répétées de la commission lyonnaise (1865) ne laissent subsister aucun doute, malgré les faits contradictoires de Ceely (1830), de Thiele (1839), et de Voigt (1882).

Il restait à savoir de quelle façon se comporteraient les organismes du cheval ou du bœuf par rapport au virus variolique introduit directement dans le sang. Pour cela, Berthet a tenté sur le cheval l'inoculation de la variole par injections intra-veineuses. De 12 expériences, il conclut que l'injection intra-veineuse ne donnant jamais la variole, la vaccine n'est pas une variole atténuée et les deux virus ne sont pas identiques.

IX. — On ne peut plus admettre aujourd'hui que la reproduction du contage vaccinal ou variolique ait lieu exclusivement dans les boutons. Outre les varioles sans éruption, connues depuis Sydenham et Bœrhaave, l'infectiosité du sang varioleux et vaccinal ressort de nombreuses expériences.

Pfeiffer a repris cette question en transfusant 30 grammes de sang défibriné d'un veau inoculé, abattu le 8e jour, à un autre veau. Celui-ci n'eut ni fièvre ni troubles quelconques ; six jours plus tard, une inoculation de contrôle, pratiquée sur le même animal, avec deux sortes différentes de vaccin humain, resta également négative. Enfin, le 11e jour de l'inoculation de ce deuxième veau, Pfeiffer fit avec son sang une transfusion sur un troisième veau, qui demeura aussi infructueuse. Donc ici le sang était infectieux dès le 8e jour après la vaccination.

Dans une autre expérience, l'auteur a transfusé une cuillerée à thé de sang recueilli le 4e jour après la vaccination. Quatre jours plus tard, l'inoculation de contrôle, effectuée avec deux espèces de vaccin humain, n'eut aucun succès.

D'ailleurs, le caractère infectieux du sang résulte encore des nombreux cas de variole intra-utérine survenus chez des femmes vaccinées qui n'ont pas été atteintes elles-mêmes.

Contrairement à Bousquet et à Chauveau, Pfeiffer admet avec Seaton la transformation de la variole humaine en vaccine quand on l'inocule sous la peau des bovidés, en la faisant passer par un certain nombre de générations.

En terminant, il fournit une nouvelle preuve que les revaccinations ne sont pas superflues. Dans le duché de Meiningen, depuis 1859, tous les écoliers ont été revaccinés à l'âge de 12 ans et cependant la 3e vaccination faite, sur les recrues, donne environ de 82 à 89 0/0 de résultats positifs.

X. — Chauveau et Josserand ont vacciné 9 cobayes avec du liquide

recueilli sur un taureau tuberculeux. 7 cobayes ont été sacrifiés au bout de 50 jours; un seul présentait, au point d'inoculation, une induration tuberculeuse, mais ses viscères, de même que ceux des autres, étaient intacts.

D'autre part, on a revacciné un homme phtisique; sa lymphe vaccinale inoculée à 37 cobayes n'a produit aucun accident et l'on n'a pas pu trouver de bacilles tuberculeux dans le vaccin du phtisique. Chauveau a d'ailleurs démontré, dès 1867, que l'inoculation épidermique du tubercule est stérile.

Le danger de la tuberculose par le cow-pox est donc à peu près nul. De plus, il est toujours facile de n'utiliser le vaccin recueilli sur des veaux qu'après avoir livré ceux-ci à l'abattoir et s'être assuré qu'ils ne sont pas tuberculeux.

XI. — Pour concilier les avantages de la piqûre unique avec ceux que procure l'inoculation de la quantité maximum de vaccin, Bourgeois propose la vaccination par injection sous-épidermique, au moyen d'une aiguille tubulée adaptée à la boîte d'un baromètre anéroïde qui remplit ici le rôle de la poire en caoutchouc.

Jusqu'ici, il a employé son procédé chez 6 enfants nouveau-nés qui ont été tous vaccinés avec succès et chez 32 adultes dont les revaccinations lui ont donné 25 0/0 de succès. Comme contrôle, il a revacciné, un mois plus tard, tous ces hommes par le procédé habituel, mais sans aucun résultat

Il conclut de ces expériences que l'accumulation en un même point de tout le vaccin inoculé n'expose pas davantage aux accidents inflammatoires que sa dissémination au niveau des piqûres multiples usuelles.

En outre, les pustules produites ne sont pas plus volumineuses et le chiffre des succès est le même par les deux procédés.

Il attribue à la vaccination par injection le triple avantage d'être plus rapide, moins douloureuse et de ne pas donner issue à du sang qui entraîne avec lui le vaccin. Toutefois il reconnaît qu'elle exige une source de vaccin telle qu'elle n'est guère praticable qu'avec le vaccin animal.

XII. — Le seul obstacle à la généralisation des vaccinations animales était le manque d'un bon procédé de conservation du vaccin. Le problème est maintenant résolu soit par le procédé Pissin (*R. S. M.*, XII, 107), soit par celui de Reissner, conservation à l'état sec dans l'exsiccateur. Jusqu'ici, on a donné la préférence au premier, mais Hager, après avoir essayé successivement, pendant un an, les deux procédés rivaux, proclame la supériorité de la poudre de Reissner, comme étant d'un emploi plus commode.

L'exsiccateur est formé d'une cloche de verre enfermant hermétiquement de l'acide sulfurique concentré. Sous la cloche, est une capsule de porcelaine contenant les tubes qui sont remplis à moitié de poudre vaccinale et fermés par des tampons d'ouate. La poudre de Reissner renfermée dans ces tubes ressemble par son aspect et sa teinte à la farine lactée de Nestlé. Voici comment on la prépare :

Cinq fois 24 heures après l'inoculation, alors que les pustules du veau sont pleines de lymphe, on les étrangle à leur base avec une pince à pression continue, et sans faire sourdre de sang, après avoir enlevé les écailles épidermiques les plus superficielles, on recueille alors sur une

lancette tout le liquide exprimé. Cette récolte demande environ trois heures.

Sous le microscope, la poudre vaccinale offre une toute autre composition que la lymphe vaccinale simple. On y reconnaît la présence de nombreuses cellules épithéliales avec ou sans noyaux et de débris épidermiques. C'est précisément à cette présence des cellules du corps de Malpighi, qui ont sécrété le virus et qui le retiennent, qu'Hager attribue la conservation, durant 6 mois et plus, des propriétés de la poudre vaccinale.

C'est avec la poudre de Reissner qu'en 1883 on a pratiqué les vaccinations obligatoires dans la Hesse-Darmstadt. Avec ce procédé, un veau suffit pour inoculer 3,000 personnes.

Sans lui enlever de ses propriétés, on peut additionner la poudre de divers désinfectants, tels que la glycérine, l'acide salycilique, l'acide phénique à 4 0/0 et le sublimé au millième.

XIII. — Meyer, pensant que la diarrhée dont les veaux sont quelquefois atteints après l'inoculation dépend moins de l'opération elle-même ou du changement de nourriture que du refroidissement de la région abdominale occasionnée par la rasure des poils, a appliqué aux animaux inoculés un bandage ouaté qui, en même temps, garantissait les boutons contre les tentatives de l'animal de les lécher. Aucun n'a eu ni fièvre ni autres troubles. Mais le bandage semble avoir hâté la maturation des pustules. En effet, chez le premier veau, Meyer ayant attendu, comme on le fait habituellement, 5 fois 24 heures avant de recueillir le vaccin, il a trouvé les boutons déjà secs. Dès lors, il fait la récolte 24 heures plus tôt.

Le produit des boutons est additionné de 15 gouttes d'un mélange à parties égales de glycérine et d'eau distillée. Conservé ainsi, il garde toute son efficacité au bout de 5 semaines.

Pour vacciner les enfants, Meyer pratique généralement, sur le bras gauche, 6 incisions cruciales, ou moins si l'enfant est débile. Un point essentiel pour la réussite de l'opération, c'est de tendre la peau pendant un certain temps, afin de maintenir les scarifications béantes jusqu'à ce que le vaccin ait pénétré dans les capillaires.

1625 enfants vaccinés pour la première fois lui ont fourni 97,2 0/0 de succès ; 721 enfants revaccinés lui en ont fourni 94,2 0/0.

Chacune de ces vaccinations est revenue à moins de 6 cent. 1/2. Mais la peine du vaccinateur est infiniment plus grande qu'avec le vaccin jennérien. S'il suffit de 1 heure pour inoculer chaque animal, il faut 7 fois plus de temps pour en récolter le vaccin et la durée des vaccinations d'enfant est au moins triple qu'avec le vaccin jennérien.

XIV. — Ayant inoculé un enfant de 5 mois avec du vaccin de taureau, Fiechter considérait l'opération comme manquée. En effet une seule croûte (non une pustule) grosse à peine comme la moitié d'un pois, s'était développée et dès le 8e jour elle tombait en laissant une place rouge qui plus tard prit l'aspect blanc brillant d'une cicatrice.

L'enfant fut revacciné un an plus tard avec du vaccin de taureau, sans plus de succès. Il fut enfin soumis à une 3e inoculation, 3 ans 1/2 après la seconde et près de 5 ans après la première. Cette troisième vaccination fut effectuée directement de bras à bras avec du liquide pris sur un enfant de 6 mois. Le résultat en fut encore négatif, tandis que chez deux adultes

revaccinés sur le même enfant, on obtint de grosses pustules. Fiechter en conclut qu'avec le vaccin animal, le faible développement des pustules n'exclut pas la possibilité d'un succès.

XV. — Grâce au service permanent de vaccinations, que Bordeaux s'est donné, la première entre les villes de France, la variole en 1883 n'y a occasionné que 7 décès tandis qu'elle en causait 315 à Toulouse.

Les séances sont hebdomadaires. Le vaccin animal est exclusivement employé et toujours inoculé directement aux enfants à l'aide de piqûres. Pendant l'année, 1,500 enfants, soit un tiers des naissances, ont été vaccinés. Près de 2,000 tubes de vaccin ont été mis à la disposition de tous ceux qui en ont fait la demande. Chez les militaires revaccinés, la proportion de succès s'est élevée à 75 ou 80 0/0.

Voici la proportion de pustules vaccinales développées sur les 6 piqûres réglementaires, en supposant 1,000 vaccinés.

472 fois il y a eu 6 pustules; 148 fois 5; 105 fois 4; 71 fois 3; 51 fois 2; 48 fois 1, et 105 fois 0 pustule.

Pour les 105 vaccinations infructueuses, la revaccination pratiquée 8 jours après, a donné 80 0/0 de succès, à savoir :

44 fois 6 pustules; 10 fois 5; 13 fois 4; 7 fois 3, et 6 fois 1 pustule.

Sur les 20 revaccinations infructueuses, une seconde revaccination a fourni 16 succès, à savoir : 6 fois 6 pustules; 4 fois 4 et 6 fois 1.

Indépendamment de l'inattention des parents qui, au moment de la vaccination, essuient, en rhabillant trop vite les enfants, le vaccin déposé par la lancette, les insuccès s'expliquent par diverses causes, entre autres un état trop avancé du vaccin ou l'état inverse. L'âge des enfants paraît également avoir une influence sur le succès immédiat des inoculations : ce sont les enfants au-dessous de 4 mois qui offrent le moins de succès complets; moins d'un quart a les 6 pustules. A partir de cet âge, la proportion des succès va en augmentant jusqu'à 2 ans.

Cette année encore, l'expérience a montré que les revaccinations immédiates ne réussissent pas chez les enfants n'ayant présenté qu'un seul bouton vaccinal.

En 1883, deux cas de cow-pox spontané ont été découverts, l'un en mars à Eysines, l'autre en décembre à Cérons.

XVI. — Un adversaire de la vaccination, P.-A. Taylor (*Nineteenth Century*, mai 1882) a dressé des tableaux donnant pour l'Angleterre et le pays de Galles, la moyenne quinquennale des décès varioliques de 1838 à 1879, rapportée à un million de vivants. Tout en constatant une diminution continue de cette mortalité, Taylor se refuse à en faire honneur à la vaccine. Carpenter, au moyen des mêmes chiffres, montre que la diminution des décès varioliques n'a pas d'autre cause que la propagation de plus en plus grande de la vaccine.

Ainsi, il résulte des tableaux de Taylor qu'il y a eu 2 grandes chutes de la mortalité variolique, correspondant l'une et l'autre aux années qui ont suivi la promulgation des deux principales lois sur les vaccinations. La première de ces lois remonte à 1840. Dès l'année suivante, la moyenne annuelle des décès qui, dans la période quinquennale précédente, était de 772 tombe à 284 et, depuis lors, la diminution de léthalité se poursuit toujours plus ou moins marquée.

En 1854, la vaccination fut rendue obligatoire pour l'Angleterre et le

pays de Galles. Immédiatement, nouvelle baisse considérable de la mortalité variolique dans la période quinquennale suivante ; de 1865 à 1869, cette mortalité n'est plus guère que le quart de celle notée de 1838 à 1842.

Ce qui prouve que cette coïncidence n'est pas affaire de hasard, ce sont les chiffres relatifs à l'Écosse, pays où la vaccination ne devint obligatoire que plusieurs années après l'Angleterre. Entre 1855 et 1859, la mortalité variolique était en Écosse de 50 0/0 plus considérable qu'en Angleterre ; de 1860 à 1864, l'écart entre les deux pays dépassa plus de 100 0/0. Mais dès que la vaccication fut rendue obligatoire en Ecosse l'abaissement de la mortalité par variole y fut plus grand qu'en Angleterre.

Les adversaires de la vaccination prétendent que l'inefficacité de la vaccine ressort de la grande épidémie variolique de 1870 à 1874 qui a causé, pendant ces 5 ans, 433 décès par million de vivants en Angleterre et 375 en Ecosse. D'après Carpenter, cet argument n'est pas valable. La léthalité excessive de cette épidémie s'explique par sa malignité qui a beaucoup élevé la proportion des morts, cela presque exclusivement chez les non-vaccinés ; c'est ainsi que dans les hôpitaux de Londres 45 0/0 des cas ont été mortels. La virulence de cette épidémie s'est également manifestée en Amérique où elle fut importée d'Europe.

Comme à cette époque les États-Unis ne possédaient aucune prescription pour la vaccination, le chiffre des victimes fut très considérable.

En 1873, à Boston, il s'éleva en 13 mois à 1,045 ce qui, pour une population égale à celle de Londres en 1871, ferait 11,869 décès, soit près de 50 0/0 de plus que Londres n'en a réellement compté cette année-là.

XVII. — La variole a causé à Londres, en 1881, 2,379 décès, dont 1,125 d'enfants au-dessous de 15 ans, et 953 d'enfants au-dessous de 10 ans. Dans les vingt ans qui précédèrent 1871, alors que l'obligation de la vaccination n'était guère que nominale, plus de la moitié des décès varioliques de Londres étaient fournis par des enfants au-dessous de 5 ans : de 1851 à 1860, ils entraient pour 59,5 pour 100 dans cette mortalité et pour 54,3 de 1861 à 1870. En 1881, au contraire, ils ne forment plus que les 27,8 pour 100 des décès varioliques de tous âges. C'est donc tout spécialement au profit des enfants que la vaccination a été rendue obligatoire.

D'après le rapport de Buchanan au Local Government Board, en 1881, les enfants de moins de 10 ans ont compté 782 décès par variole sur les 55,000 d'entre eux qui n'ont pas été vaccinés, et 125 sur les 861,000 vaccinés : donc chez les premiers, la mortalité a été environ centuple.

Sur les 861,000 vaccinés, 430,000 l'ont été aux séances gratuites.

Parmi les 125 enfants vaccinés qui ont succombé à la variole, une enquête a établi que 8 n'avaient réellement pas été vaccinés ou l'avaient été sans succès et que 12 ne l'avaient été qu'alors qu'ils étaient déjà infectés. Enfin, chez un certain nombre des restants, la variole est survenue dans le cours d'une maladie préexistante, et les autres avaient des cicatrices vaccinales défectueuses.

Durant la même année, on a enregistré 12 morts d'accidents consécu-

tifs à la vaccination : à une seule exception, il s'agit d'érysipèles que l'enquête a démontrés provenir rarement de la vaccination.

XVIII. — La Prusse possède 12 instituts de vaccine qui ont fourni, en 1882, 11,000 tubes de vaccin humanisé. Les uns l'expédient toujours sans mélange comme Kiel, Hanovre et Cologne, d'autres toujours glycériné comme Berlin, Posen et Munster, ou thymolé comme Stettin et Halle; enfin, les autres l'envoient tantôt pur, tantôt additionné de glycérine, comme Kœnigsberg, Glogau, Breslau et Cassel.

A Berlin, durant les 52 dimanches de l'année, on a pratiqué 2,705 vaccinations, contre 2,945 en 1881. En hiver, on se sert en partie de vaccin conservé. Sur 800 revaccinations, 18 fois seulement l'opération a été négative et on l'a recommencée immédiatement. On n'a noté d'autres accidents que 2 cas de pustules secondaires survenues sur des éruptions scrofuleuses, chez des enfants qui s'étaient grattés aux points inoculés.

Quelques expériences faites avec le vaccin animal ont montré que l'addition de glycérine a le double avantage d'en augmenter la quantité et d'en prolonger l'efficacité en diminuant son aptitude à la coagulation. Desséché, le vaccin animal se conserve encore mieux. A Kiel, la poudre de Reissner a donné de meilleurs résultats que le vaccin animal glycériné de Pissin.

L'institut de Halle est le seul qui ait pu se procurer du cow-pox naturel.

XIX et XX. — Dans son établissement privé de vaccine animale, Pissin, en 1882, a obtenu sur 18 veaux 1,266 boutons qui ont fourni la matière de 12,679 vaccinations humaines, soit un rendement de 704 vaccinations par animal ou de 10 par bouton. En 1883, il a obtenu sur 25 veaux 2,230 pustules qui ont fourni la matière de 23,408 vaccinations soit 934 par animal. Cet accroissement de rendement tient simplement à ce que les boutons des veaux étaient plus riches en lymphe et non à l'addition d'une plus grande quantité de liquide conservateur. En effet, en 1882, Pissin ajoutait en moyenne 1,64 goutte de glycérine salicyliquée par bouton, soit 1 goutte par 6,1 vaccinations, tandis qu'en 1883, il n'a ajouté que 1,56 goutte par bouton, soit 1 goutte pour 6,7 vaccinations.

En 1882, il a pratiqué 312 vaccinations avec 98,1 pour 100 de succès et 114 vaccinations avec 91,3 pour 100 de succès.

En 1883, il a pratiqué 229 vaccinations avec 92 pour 100 de succès et 75 revaccinations avec 81 pour 100 de succès.

Les résultats ont donc été considérablement inférieurs à ceux de l'an précédent, bien que les pustules des veaux fussent plus belles. Pissin l'explique parce que son eau distillée était trop vieille.

Pour les vaccinations humaines, il a renoncé aux piqûres et fait maintenant de 4 à 6 scarifications, simples ou quadrillées, sur un seul bras.

XXI. — En 1879, il existait dans l'empire d'Autriche, 16 instituts de vaccine qui ont fourni 5,493 lancettes chargées et 10,140 tubes de vaccin.

Sur un nombre total de 788,474 personnes passibles de la vaccination, 651,334, soit les 82,6 pour 100 ont été vaccinées dans le cours de l'année.

Sur les 137,140 qui n'ont pu être vaccinées, 21,876 s'y sont refusées; pour les autres, le motif de la non-vaccination n'est pas indiqué.

La proportion des individus qui échappent à la vaccination varie énor-

mément, d'une province à l'autre de la Cisleithanie : c'est Trieste qui en compte le plus (53,2 0/0), puis Salzbourg et le Tyrol. Au contraire, c'est en Bukovine, en Moravie et surtout en Bohême (3,8 0/0) où l'on se soumet le plus facilement à la vaccination.

L'Autriche cisleithanienne a eu, en 1879, 11,273 décès dus à la variole, soit 51 par 100,000 habitants : c'est la Carinthie où la mortalité a été la plus forte (174 pour 100,000 habitants).

XXII. — Dans la Pologne russe, la vaccination est obligatoire dans tous les établissements scolaires depuis le décret du 4 septembre 1811, et dans l'armée depuis 1815. L'unique institut de vaccine du royaume est celui de l'hôpital de l'Enfant-Jésus, à Varsovie, qui est complètement insuffisant. En général, les israélites font vacciner tous leurs enfants. Les Polonais et les Allemands s'y opposent souvent, les premiers par incurie ou préjugé, les seconds sous l'influence des publications contre la vaccine qui viennent d'Allemagne.

En Russie, la vaccination est obligatoire aussi dans l'armée et les établissements scolaires. Des comités pour sa propagation doivent exister dans tous les centres administratifs. Des vaccinateurs des deux sexes, choisis parmi les Kirghizes, les Bashkirs, les Kalmouks et autres peuplades sauvages de l'empire, sont envoyés au milieu de leurs compatriotes.

En Finlande, enfin, la vaccination est obligatoire.

XXIII à XXX. — Les États-Unis qui avaient encore dans la mémoire l'épidémie de variole qui, les trouvant désarmés, les avait décimés à la suite de la guerre franco-prussienne, se hâtèrent, quand la maladie reparut en 1881, de prendre des mesures défensives : États, grandes villes, petites localités édictèrent à l'envi les précautions les plus rigoureuses.

Dans la collection des règlements sanitaires auxquels cette épidémie a donné lieu, nous en avons choisi quelques-uns propres à montrer la nature des moyens prophylactiques mis en œuvre.

Le conseil d'hygiène de l'Indiana a arrêté : 1° qu'aucune personne ne peut être admise dans un établissement quelconque d'instruction, en qualité de maître ou d'élève, à moins d'avoir été vaccinée avec succès ; 2° que tous les habitants non vaccinés devront se faire vacciner dans les 60 jours ; 3° que tous les nouveau-nés seront vaccinés dans leur première année ; 4° que toutes ces vaccinations seront pratiquées avec du vaccin animal.

Dans le Tennessee et le New Hampshire, le conseil d'hygiène interdit aux administrations de chemins de fer, de bateaux à vapeur et des autres véhicules à l'usage du public, de recevoir aucune personne suspecte d'avoir la variole, et de transporter aucun objet, meuble, marchandise ou vêtement, appartenant à un varioleux ou pouvant avoir été contaminé par lui. Aucun cadavre varioleux ne peut être transporté ou exhumé dans les 15 mois qui suivent la mort. Tout le personnel des entreprises de transport pour voyageurs doit être immédiatement revacciné.

En Virginie, une loi remet en vigueur la législation de 1873 qui confère le droit aux conseils municipaux, quand ils le jugent convenable, de rendre la vaccination obligatoire, en infligeant des amendes et d'autres pénalités aux récalcitrants. Mais la ville de Richmond n'a même pas

attendu la promulgation de cette loi pour ordonner la vaccination, dans la quinzaine, de tous les habitants, adultes comme enfants, qui n'ont pas été vaccinés dans les 12 mois précédents, à moins qu'ils produisent un certificat médical attestant que l'opération serait inutile ou nuisible; les délinquants sont passibles d'une amende de 25 francs.

La commission de salubrité de South Bethlehem (Pensylvanie) prescrit les mesures suivantes :

Dans la chambre du malade, ne doivent pénétrer que le médecin et la garde, qui seuls toucheront à la literie et aux vêtements avant leur désinfection. On enlèvera de la pièce tous les effets non indispensables au malade. Les draps, couvertures, taies et habits qui lui ont servi ne seront sortis de la chambre qu'après avoir trempé une heure dans une solution de sulfate de zinc et d'acide phénique et seront ensuite lessivés. Une pièce de mousseline, plongée dans la même liqueur, sera constamment suspendue dans la chambre du malade ainsi que dans le vestibule.

Les lits de plumes, oreillers de crin, matelas, les étoffes de flanelle et de laine seront fumigés avant d'être sortis de la chambre.

Les vases et cabinets d'aisance seront désinfectés. Après terminaison de la maladie, les murs de la pièce seront reblanchis, ses boiseries et son plancher savonnés.

Il est interdit de brûler quelque objet que ce soit, infecté ou non; pour s'en débarrasser, on l'enterrera profondément.

Dans l'Illinois, le conseil d'hygiène fait procéder à des vaccinations en masse. En 15 mois, sur une population de 3 millions que compte l'État, 2 millions d'habitants sont ainsi vaccinés ou revaccinés. En 1881 on a vacciné ou revacciné 208,250 enfants appartenant à 4,373 écoles publiques.

Enfin le Conseil national de santé, siégeant à Washington, inaugure le 1er juin 1882 un service d'inspection médicale des immigrants : des médecins sont placés à poste fixe dans 6 gares importantes : à Hornellsville et Rochester dans l'Etat de New-York, à Pittsburgh dans la Pensylvanie; à Cleveland dans l'Ohio, enfin à Detroit et Port-Huron dans le Michigan. Ils sont chargés de visiter tous les voyageurs, de faire descendre les malades et de vacciner ceux qui ne le sont pas. En 23 jours, ces médecins avaient inspecté 41,777 voyageurs et vacciné 482 d'entre eux.

J. B.

I. — L'inspection hygiénique des fabriques et ateliers, par H. NAPIAS (*Annales d'hygiène publique et médecine légale*, 3e *série*, *X*, *p.* 412, *novembre* 1883).

II. — Mittheilung ueber eine bisher nicht beschriebene Beschäftigungs-Neurose (Névrose professionnelle non encore décrite), par W. ZENKER (*Berliner klinische Wochenschrift*, *n°* 41, *p.* 628, 8 *octobre* 1883).

III. — Bemerkung zu Zenker's Mittheilung (Note sur le travail de Zenker), par Emanuel ROTH (*Ibidem*, *n°* 46, *p.* 715, 12 *novembre* 1883).

IV. — The condensation of moisture in the forecastles of iron ships (Condensation de l'humidité de l'air dans le gaillard d'avant des navires), par Alfred E. HARRIS (*Sanitary Record*, *n°* 307, *p.* 454, *avril* 1885).

V. — Zur Abwehr der Schaedigung des Gehörorganes durch den Lärm unserer

Eisenbahnen (Lésions de l'oreille par les sifflets de chemins de fer), par Alex. BURCKHARDT-MERIAN (*Correspondenz-Blatt für schweizer Aerzte, nº 1, p. 1, 1er janvier* 1884).

VI. — Leçons sur les nosoconioses ou maladies produites par les poussières, par LAYET, résumées par Em. PASCAL (*Revue sanitaire de Bordeaux et du Sud-Ouest, nº* 9, *p.* 69, *et nº* 10, *p.* 79, 10 *et* 25 *avril* 1884).

VII. — Ueber quantitative Staubbestimmungen in Arbeitsraümen (De la quantité de poussières inhalées dans les ateliers), par W. HESSE (*Vierteljahrsschrift für gerichtliche Medicin, nouv. série, XXXVI, p.* 329).

VIII. — Étude sur le vanillisme ou accidents causés par la vanille, par A. LAYET (*Revue d'hygiène et de police sanitaire, V, p.* 711, *et Revue sanitaire de Bordeaux,* 10 *janvier et* 10 *février* 1884).

IX. — De la santé des ouvriers employés dans l'industrie cotonnière, par Jean KNŒRI (*Thèse de Paris,* 1884).

X. — De l'influence du revêtement du sol des ateliers sur les pieds et les jambes des ouvriers qui y travaillent, par KŒCHLIN-SCHWARTZ (*Rev. d'hyg. et pol. sanit., V, p.* 291).

XI. — Plaies par peignes de filatures, par Fr. GUERMONPREZ (*Annales d'hyg.,* 3e *série, XII, p.* 104, *août* 1884).

XII. — Quelques mots sur l'hygiène des ouvriers de fabriques de crin végétal en Algérie, par Ch. VIRY (*Revue d'hyg. et de pol. sanit., VI, p.* 1018, *décembre* 1884).

XIII. — Des altérations professionnelles des ouvriers gantiers et palissonniers, envisagées au point de vue de l'identité, par Louis-Pierre ROUVIER (*Thèse de Paris,* 1883).

XIV. — Note sur le meulage en mégisserie, par DUCHESNE (*Revue d'hyg. et pol. sanit., V, p.* 397).

XV. — Note sur l'hygiène professionnelle des ouvrières en fleurs artificielles, par H. NAPIAS (*Ibidem, VI, p.* 1014, *décembre* 1884).

XVI. — Les photographes. Étude d'hygiène professionnelle, par Léon DUCHESNE et Ed. MICHEL (*Ibidem, V, p.* 378).

XVII. — The influence of alkali fumes on the public health, par Campbell MUNRO (*Sanitary Record, nº* 307, *p.* 461).

XVIII. — La contamination des cours d'eau par les soudières, par POINCARÉ (*Annales d'hygiène,* 3e *série, IX, p.* 216).

XIX. — La fabrication de la soude, par A. LAYET (*Revue sanit. de Bordeaux, nº* 12, *p.* 93, 25 *mai* 1884).

XX. — La fabrication du bleu d'outre-mer, par Jules ARNOULD (*Annales d'hyg.* 3e *série, XII, p.* 404, *novembre* 1884).

XXI. — Ueber das Verhaeltniss von Emphysem und Tuberkulose zur Kohlenlunge der Bergleute (De l'emphysème et de la tuberculose chez les mineurs), par RACINE (*Viertelj. f. gericht. Med., nouv. série, XL, p.* 300, *avril* 1884).

XXII. — Des eaux dans les travaux de mine, au point de vue de l'hygiène professionnelle, par Paul FABRE (*Revue d'hyg. et pol. sanit., V, p.* 318).

XXIII. — Contribution à l'étude de la lumière et de la chaleur considérées

comme causes de maladies des yeux chez les verriers, par Jules-Constant **LEFRANC** (*Thèse de Paris*, 1883).

XXIV. — Le soufflage mécanique du verre, par E.-P. BÉRARD (*Revue d'hyg. et pol. sanit., VI, p.* 467, *juin* 1884).

XXV. — Des accidents observés dans les appareils à air comprimé employés aux travaux sous-marins, et particulièrement de ceux dus à une décompression trop brusque, par N. CHABAUD (*Thèse de Paris*, 1883).

XXVI. — Sur la présence d'une atmosphère respirable, mais impropre à la combustion dans certains appareils pour travaux à air comprimé, par GAYON (*Revue sanit. de Bordeaux, n°* 15, *p.* 122, 10 *juillet* 1884).

XXVII. — Note sur une explosion de dynamite, par CHALLAN DE BELVAL (*Rev. d'hyg., V, p.* 433).

I. — En France, c'est le décret du 15 octobre 1810 qui peut être considéré comme constituant toute la législation industrielle, la loi du 10 mai 1874 n'ayant en vue que le travail des enfants. Mais le décret de 1810, s'il s'inquiète de ne pas laisser incommoder les voisins et leurs propriétés, ne tient aucun compte des ouvriers eux-mêmes. Le seul passage où le législateur ait pris souci de protéger le travailleur, c'est celui où les céruseries se trouvent rangées dans la 3e classe des établissements insalubres, avec cette mention : « Quelques émanations nuisibles seulement pour la santé des ouvriers. »

D'ailleurs, quelque insuffisantes que soient les prescriptions de ce décret, elles ne sont pas régulièrement appliquées, vu l'absence d'un corps d'inspection qui n'existe que dans quelques départements. Les législations étrangères ont eu plus de sollicitude pour la santé et la sécurité des employés de l'industrie. Napias conclut qu'il est nécessaire d'organiser une inspection hygiénique des fabriques, qui sera chargée en même temps de la surveillance de la loi sur le travail des enfants et des filles mineures. Ce service doit être placé sous la direction des conseils d'hygiène.

II. — Cinq cas de parésie des membres inférieurs, quatre chez des arracheurs de pommes de terre, l'autre chez un pétrisseur d'argile. L'étiologie commune est un travail prolongé dans l'attitude agenouillée ou accroupie. Il en résulte une compression traumatique des deux troncs nerveux des jambes et une paralysie plus ou moins complète de la sensibilité et du mouvement, atteignant un ou les deux membres inférieurs. L'affection débute par une sensation de froid, d'engourdissement et de fourmillements dans le pied, sans aucune douleur, et par de la raideur dans l'articulation du cou-de-pied. Les malades ne sentent plus leur chaussure ni le sol ; il leur semble qu'il y ait une étoffe interposée; aussi trébuchent-ils facilement. Ils marchent en boitant et en traînant le pied dont les orteils effleurent le sol et gênent la progression. Le refroidissement du membre est appréciable au toucher. Tous les phénomènes morbides sont plus marqués au niveau des orteils et de la plante. Outre l'anesthésie cutanée, il y a une perte plus ou moins considérable de l'excitabilité électrique. Les réflexes tendineux sont conservés et il n'y a pas d'atrophie.

III. — Roth rapporte un fait semblable à ceux de Zenker : une paralysie de la sensibilité et du mouvement du pied gauche chez un arracheur de pommes de terre.

IV. — Harris appelle l'attention sur une cause d'insalubrité du logement de l'équipage, tenant à la suppression sur les steamers en fer du bordage ou revêtement intérieur en bois. Les parois métalliques du navire condensent l'humidité de l'air atmosphérique ou de l'air respiré et l'eau tombe goutte à goutte sur les cadres des matelots. Récemment, les marins se sont réunis à Sunderland pour protester contre cet état de choses. Dans les nouveaux cuirassés anglais, on a remédié à cet inconvénient en appliquant sur la paroi de fer nouvellement peinte, soit du liège pulvérisé, soit du calicot qu'on recouvre ensuite d'une nouvelle couche de peinture.

V. — En Suisse, on se préoccupe des inconvénients multiples que présentent les sifflets aigus des locomotives, si prodigués en particulier au voisinage des gares. Dès 1877, la Société des médecins de Winthertur pétitionnait pour les voir supprimer. Outre que ces bruits stridents incommodent et agacent les habitants du voisinage, il est vraisemblable qu'ils doivent, par leurs répétitions, exercer une fâcheuse influence sur l'ouïe. Le compositeur de musique Robert Franz, à la suite d'un coup de sifflet de locomotive qui se fit entendre à l'improviste à côté de lui, perdit subitement la faculté de percevoir les notes hautes ; avec le temps, cette surdité partielle se compléta (*Arch. f. Ohrenheilkunde, I*).

Chez les employés de chemins de fer, cette question de l'ouïe a été envisagée spécialement au point de vue de la sécurité publique (*R. S. M.*, XIX, 310). Hedinger, qui a exploré l'audition chez 1,100 d'entre eux, a trouvé seulement 48 0/0 de dureté d'ouïe chez les employés de locomotives, contre 95 0/0 dans le reste du personnel. Il en a conclu qu'il s'agissait moins de lésions nerveuses dues aux sifflets que d'affections catarrhales de l'oreille, très communes, comme on sait, dans cette classe d'employés, exposés à toutes les intempéries. Mais Burkhardt objecte qu'on n'a généralement pas exploré l'acuité auditive pour les sons aigus, supérieurs à 4,000 vibrations, et que l'innocuité du bruit du sifflet se trouverait en contradiction avec ce qu'on observe journellement chez les ferblantiers, les chaudronniers, les serruriers, etc. (*R. S. M.*, XXI, 721).

D'ailleurs, seules, les Compagnies du continent européen font abus du sifflet ; en Angleterre et en Amérique, l'emploi en est exceptionnel et l'on recourt à d'autres signaux acoustiques ou à des signaux optiques. Une réforme est donc possible sans mettre en péril la sécurité du personnel ni celle du public. Burckhardt conclut soit à abaisser la tonalité des sifflets, dont le bruit ne devrait pas dépasser en hauteur celui des bateaux à vapeur, soit au remplacement partiel des sifflets par des cloches, ainsi que cela se fait sur les lignes américaines.

VI. — Les poussières nuisent à l'organisme, soit qu'elles agissent sur les téguments ou sur les muqueuses des orifices (blépharite glandulo-ciliaire, otite furonculeuse, rhinite perforante), soit qu'elles pénètrent dans les voies pulmonaires, soit qu'elles soient avalées.

Les *dermatoconioses* se développent de préférence au niveau des points où les saillies, les plis articulaires, les rides, les poils, les orifices arrêtent les poussières.

Les *pneumatoconioses* présentent deux formes anatomiques : 1° la scléreuse, qui est la plus caractéristique de l'influence professionnelle ;

2° l'ulcéreuse (phtisie professionnelle), dans laquelle interviennent les prédispositions individuelles ou les conditions de misère physiologique.

Trois variétés étiologiques de pneumatoconiose sont bien étudiées. Ce sont : la chalicose due aux poussières pierreuses ; la sidérose due aux poussières ferreuses, et l'anthracose due aux poussières charbonneuses.

Layet distingue des pneumoconioses vraies, le catarrhe chronique avec emphysème consécutif et bronchectasie, dans lequel les poussières irritent la muqueuse bronchique mais sans pénétrer dans le parenchyme pulmonaire. C'est ce qu'il appelle la bronchorrée professionnelle ; elle est causée surtout par les poussières végétales.

Les poussières *minérales* comprennent :

a) Des poussières dures, insolubles, le plus généralement indifférentes, qui se subdivisent elles-mêmes en poussières pierreuses et poussières métalliques.

Les poussières pierreuses indifférentes sont celles de silice, de grès, de quartz, d'argile, d'ardoise, de calcaire, de plâtre, de soufre, d'émeri et de verre. Les poussières pierreuses toxiques ne renferment que le cristal.

Les poussières métalliques indifférentes sont celles de fer, de cuivre et de zinc ; les toxiques, celles de laiton, de plomb et de métal d'imprimerie.

b) Des poussières dures, plus ou moins solubles, le plus généralement toxiques. Ce sont communément des composés salins : sels de plomb, d'arsenic, de cuivre, de fer, de chaux, de chrome. Ici, à part la sidérose, au lieu de pneumoconioses et d'*entéroconioses*, on observe des *intoxications* et des dermatoconioses.

Les poussières *végétales* se subdivisent en charbonneuses (suie, noir animal, fumée, etc.), celluleuses (amylacées, tabac, sucre), ligneuses (tan, sciure de bois, poudres médicamenteuses, lin, chanvre, paille, glumelles) et filamenteuses (coton, poils végétaux, ouate, déchets de chiffons).

Les poussières *animales* comprennent :

a) Des poussières organiques (crins, soie, laine, cuir, poils, plumes, os, cornes, excréments) ;

b) Des poussières organisées, généralement infectieuses (moisissures, bactériens).

On trouvera à la suite de chaque sorte de poussière l'énumération des professions qui y exposent.

VII. — Hesse a tenté de reconnaître approximativement les quantités de poussières inhalées par les ouvriers dans leurs ateliers. Les chiffres suivants représentent le poids de poussière inhalée par un ouvrier en un an, à raison de 300 jours de travail de 10 heures chacun et de 500 litres d'air introduits par la respiration pendant la journée.

Tissage mécanique.	4gr,5
1re papeterie (triage de chiffons propres).	5gr,655
Brosserie	6gr,40
Moulin à blé perfectionné (blutoir centrifuge avec aspirateur)	6gr,63
Chapellerie.	9gr,63
Atelier de sculpture sous hangar	13gr,1

2e papeterie (triage de chiffons propres)	37gr,55
Moulin à blé de l'ancien système	71gr,55
Fonderie (atelier de nettoyage à l'émeri)	150gr,00

Dans aucune de ces industries, l'inhalation des poussières ne paraissait exercer d'influence fâcheuse sur la santé.

La nature chimique de la poussière semble avoir beaucoup plus d'influence que ses qualités physiques (anguleuses) et sa densité.

Hesse a également recherché si les poussières inhalées ressortent avec l'air expiré. Voici les conclusions d'expériences faites sur sa propre personne. Une faible partie, composée des particules les plus fines, est seule rejetée au dehors. La quantité de poussière rejetée avec l'air expiré atteint son maximum quand les deux temps de la respiration se font exclusivement par la bouche; elle diminue lorsqu'on inspire par la bouche et qu'on expire par le nez; elle est encore moindre lorsqu'on inspire par le nez et qu'on expire par la bouche; enfin elle est réduite au minimum dans la respiration purement nasale.

VIII. — On trouve dans la vanille : 1° un principe aromatique d'odeur suave, ou vanilline, qui forme le *givre*, c'est-à-dire les aiguilles blanches, brillantes à la surface des gousses de qualité supérieure; 2° une huile jaune, d'odeur repoussante; 3° une résine molle; 4° un extrait amer; 5° du tanin; 6° de la gomme; 7° du sucre. La proportion de vanilline varie entre 1.69 et 2.75 0/0, selon qu'on a affaire à la vanille du Mexique ou à celle de Java. Mais la vanille du Mexique, plus pauvre en vanilline, est cependant la plus recherchée parce qu'elle contient moins d'huile à odeur désagréable. La vanilline, qu'on peut reproduire par synthèse, possède toutes les propriétés des aldéhydes.

Les gousses de vanille sont souvent envahies soit par des moisissures, soit par une mite, acare blanc, visible à l'œil nu et un peu plus gros que celui de la gale. On en trouvera la description et le dessin dans l'original.

La vanille peut donner lieu à des accidents, soit par sa consommation, soit par sa préparation industrielle.

Les empoisonnements par les glaces et les crèmes à la vanille sont connus depuis longtemps (*R. S. M.*, IV, 217), mais leur cause est encore mystérieuse. Layet pense que c'est surtout aux qualités inférieures de vanille, dites *vanillons*, que sont dus les accidents signalés chez les consommateurs.

Quant au *vanillisme* professionnel, non encore décrit, Layet a eu l'occasion de l'étudier à Bordeaux, où l'on manipule en grand la vanille.

Les accidents, qui s'observent aussi bien chez ceux qui trient et brossent les gousses que chez les ouvrières qui les coupent pour préparer la liqueur dite crème à la vanille, sont de deux ordres : 1° des éruptions; 2° des troubles nerveux.

Presque tous les ouvriers qui manipulent les gousses accusent, dès les premiers jours, des démangeaisons à la face et aux mains, avec un sentiment de chaleur, de tension et de cuisson sur les parties découvertes. Il y a souvent une éruption papuleuse, surtout à l'entour des lèvres et des narines. Quelques individus ont un prurit général avec exanthème en plaques; d'autres, du larmoiement, du coryza ou de la blépharite.

L'éruption de la face et des mains se termine constamment par une desquamation furfuracée.

La forme nerveuse des accidents comprend de la céphalalgie, des étourdissements, de la lassitude, des douleurs musculaires, une miction fréquente avec urines chargées, de l'excitation génésique, de l'agitation nocturne avec insomnie et fréquents réveils en sursaut.

Certains ouvriers sont obligés de renoncer à leur travail, ne pouvant s'y accoutumer.

Dans les distilleries où l'on coupe les gousses en petits fragments, les femmes se relayent pour faire la besogne.

Layet a fait quelques expériences pour élucider le mécanisme des accidents professionnels. Sans être très affirmatif, il semble admettre qu'à la fois le givre, les moisissures et l'acare irritent les téguments des ouvriers brosseurs de gousses. Chez les ouvrières distilleuses, il attribue les mêmes accidents aux graines noires et au suc huileux qui les entoure à l'intérieur des gousses.

A en juger enfin, et par l'expérimentation sur un cobaye, et par l'excitabilité nerveuse et l'apparence anémique de quelques ouvriers, Layet pense que la vanille est un stimulant qui favorise le mouvement de dénutrition. — Dans la discussion de la Société d'hygiène de Bordeaux, Gayon remarque que la vanilline artificielle, qui provient de la sève du pin, a sur l'organisme la même influence que la vanille. En effet, quant à lui, il ne peut respirer un seul instant les émanations de ce produit sans éprouver un violent mal de tête et des démangeaisons à la face.

IX.— Le cardage du coton, à cause des poussières considérables qu'il dégage, est, à l'heure actuelle, où le battage se fait par des machines, l'opération la plus dangereuse. Généralement les ouvriers ne restent pas plus de quatre ou cinq ans à la carderie. L'ouvrier cotonnier est pâle, maigre, peu développé de corps ; ses habits sont toujours imprégnés d'une odeur d'huile rancie (graissage des machines). Sa taille, son poids et son périmètre thoracique sont le plus souvent inférieurs à ceux des autres adultes, ce qui s'explique par les raisons suivantes. Au début, les individus les moins vigoureux entraient seuls dans cette industrie et ils ont eu des enfants également moins vigoureux. De plus, les enfants commençant à travailler de bonne heure, voient leur développement corporel entravé. A ces causes de déchéance vitale, viennent encore se joindre l'alimentation défectueuse (peu de viande, surtout des farineux et de l'eau-de-vie), le logement malsain, le vêtement de coton qui est insuffisant, les mariages prématurés et les excès de boisson.

Les affections les plus communes sont l'anémie, la phtisie, l'embarras gastrique et la dyspepsie, les affections utérines, les rhumatismes, les dermatoses et les conjonctivites. Sur les 1,000 ouvriers d'un établissement, Knoeri a relevé, dans un an, 410 cas de maladie, en majeure partie chez les hommes. Mais la pneumonie cotonneuse à terminaison rapidement fatale est plus commune chez les femmes : elle constitue à peu près le dixième de toutes les affections. On observe en moyenne 2 à 3 cas de ce genre par an dans une fabrique occupant 300 ou 400 ouvriers.

L'enrouement, qui est assez répandu, tient à la fois à l'irritation des cordes vocales par les poussières et aux efforts de voix que sont obligés

de faire les ouvriers pour se faire entendre au milieu du bruit des machines.

Les troubles digestifs sont fréquents chez les cotonniers. Mais comme ils ne sont pas plus communs chez ceux qui sont davantage exposés à la poussière, tels que les cardeurs et batteurs, que chez les tisseurs, l'auteur en conclut, contrairement à d'autres observateurs, qu'ils proviennent en grande partie de la mauvaise alimentation et du genre de vie des ouvriers.

Tous, d'ailleurs, avouent qu'ils se portent mieux les derniers jours de la semaine, ce qu'ils expliquent par l'interruption du travail du dimanche, qui leur fait perdre jusqu'à un certain point l'habitude de la poussière, tandis que les patrons l'expliquent par les écarts de régime auxquels l'ouvrier a coutume de se livrer ce jour-là.

Les rhumatismes tiennent en partie à la haute température nécessaire dans certains ateliers.

Les conjonctivites s'observent surtout chez les débutants et disparaissent à la longue, à moins de scrofule.

La métrite chronique avec leucorrhée dérive sans doute de la station debout continue, rendue plus pénible encore pendant la menstruation et la grossesse.

Prophylaxie. Les usines modernes sont très saines ; elles sont composées d'un simple rez-de-chaussée à salle unique, éclairée et ventilée par le haut ; le cube d'air par tête y est de 30 à 60 mètres cubes. Dans les anciennes usines, construites à 4 ou 6 étages, les conditions sont moins favorables. Les salles, plus basses, ont un cube d'air moindre. La ventilation en est très incomplète, car toutes les salles ne peuvent communiquer avec les ateliers de battage, qui sont munis d'aspirateurs mécaniques.

Une des premières mesures serait d'obtenir des ouvriers les plus exposés, notamment des aiguiseurs de cardes, de porter un masque formé d'une toile métallique recouverte de gaze. Pour éviter à l'ouvrier qui sort un changement trop brusque de température, il suffirait de doubles portes séparées par une antichambre pourvue de lavabos. Beaucoup d'ouvriers ont d'ailleurs la fâcheuse habitude d'aller pieds nus dans les ateliers. Quant à la réforme du régime alimentaire, elle n'est possible que par une élévation des salaires.

X. — Les filatures d'Alsace, au lieu d'être des bâtiments à plusieurs étages et à planchers de bois, sont maintenant des ateliers à rez-de-chaussée, éclairés par le haut et pavés en asphalte, ciment, carreaux ou briques. Depuis cette suppression des planchers, un très grand nombre d'ouvriers ont les jambes enflées, quoique le travail soit moins prolongé qu'autrefois. Cette enflure, qui n'est pas douloureuse, est souvent considérable. Les ouvriers se rendent parfaitement compte de la situation. Ils redoutent par-dessus tout de travailler sur un sol asphalté; après l'asphalte vient le ciment, puis les carreaux et enfin les briques, qui sont les plus inoffensives.

Kœchlin croit que ce n'est pas une simple question de froid aux pieds qui intervient, mais la plus ou moins grande porosité des matériaux de revêtement.

XI. — Les plaies par peignes de filatures sont assez rares parce que

les machines sont très protégées. Elles s'observent dans les filatures de lin et de coton. Mais dans les filatures de lin, les pointes des peignes étant plus longues, plus fortes, beaucoup moins nombreuses et plus espacées que dans les filatures de coton, elles produisent un type différent de plaies.

Les plaies, assez bénignes pour n'être pas incompatibles avec le travail, sont causées par les premières dents de la machine, qui sont très solides, le plus souvent en ivoire, très distancées, et destinées à commencer le peignage du lin. Il en résulte une, deux, tout au plus trois plaies en sillons, limitées à l'avant-bras, suivant une direction longitudinale et ne dépassant pas la profondeur de 15 millimètres. La réunion, bien que ne se faisant pas par première intention, est toujours rapide et exempte de complications. Des bandelettes de diachylon constituent tout le pansement.

Les plaies occasionnées par les dents finisseuses sont plus sérieuses. Elles sont généralement compliquées par la présence des pointes d'acier, rompues nettement au niveau de leur insertion sur la monture du peigne. Elles forment des sillons très rapprochés et de profondeur assez uniforme, une espèce de râtissage. Les dents de peigne restées dans la plaie sont facilement enlevées, sous le brouillard phéniqué, à l'aide d'une pince à épilation. Celles qui échappent lors du premier pansement peuvent, sans inconvénient, être laissées dans les tissus ; leur extraction devient facile après la période inflammatoire.

Le type de plaie le plus grave est fourni par les cardes et non par les peignes. Il y a de grands délabrements avec déchirure des vaisseaux et des nerfs, ouverture des articulations et multitude de corps étrangers dans les tissus osseux et les aponévroses. Ici, contrairement aux cas précédents, l'amputation s'impose.

XII. — En Algérie, le crin végétal se fabrique par la réduction, en très fines lanières, des feuilles du palmier nain. C'est une peigneuse mue par la vapeur qui opère la lacération.

Les plaies, plus ou moins graves, des doigts de la main et de l'avant-bras sont excessivement fréquentes chez les ouvriers, qui sont blessés en moyenne quatre fois par an.

Viry reconnaît trois causes à ces accidents :

1° Le trop petit écartement entre les dents du tambour et le garde-main. Pour y remédier, il suffirait que la botte de feuilles, au lieu d'être tenue par la main du peigneur, fût présentée automatiquement aux dents de l'appareil par une pince spéciale ;

2° Les soubresauts et irrégularités de marche du tambour qui porte les dents ;

3° La distraction des ouvriers, dont l'attention est lassée par ce travail machinal dont il faudrait abréger la durée.

XIII. — Les traités d'hygiène et ceux de médecine légale sont muets sur les gantiers, dont Rouvier a examiné une centaine au point de vue des indices professionnels plus spécialement. Ces altérations siègent surtout à la main ; elles ne sont caractéristiques que par leur groupement. Deux opérations y donnent lieu. Le *dolage* ou amincissement des peaux au couteau ou à la meule, et le *palissonnage*, qui est l'amincissement préalable, au moyen d'un outil spécial, des peaux destinées aux gantiers.

Chez les *doleurs à la meule*, le seul caractère constant est l'amincissement de l'épiderme, son aspect usé et ciré. Il existe souvent un aplatissement transversal des quatre derniers doigts de chaque main, avec finesse extrême du toucher et présence de poussières blanchâtres sous les ongles et au milieu des poils. Les pneumoconioses entraînent fréquemment une mort prompte chez ces ouvriers.

Les *doleurs au couteau* offrent cinq signes caractéristiques, différents suivant la main : à gauche, 1° la possibilité d'un certain degré de renversement des quatre derniers doigts sur le métacarpe; à droite, 2° l'aplatissement de l'extrémité palmaire de l'index avec rotation légère de ce doigt; 3° l'impossibilité d'étendre complètement les deux ou trois derniers doigts; 4° l'écartement du fond du deuxième interstice digital, de façon que l'index et le médius rapprochés laissent encore entre eux un espace triangulaire à base supérieure, correspondant au dos de la lame, qui est revêtu d'un bourrelet protecteur; 5° la présence d'un durillon volumineux sur la paroi interne du fond de cet espace, c'est-à-dire sur la partie supérieure et externe du médius, et l'existence d'un autre durillon sur la face dorsale des premières articulations phalangiennes des deux derniers doigts.

Chez les *palissonniers*, on peut considérer comme constants les signes suivants : 1° un large calus sur les éminences thénar et hypothénar des deux mains ; 2° l'échancrure du bord libre des ongles des quatre derniers doigts avec durillons immédiatement au-dessus du repli rétro-unguéal enflammé ; 3° l'épaississement de la peau au niveau de la tête du péroné droit, avec usure du pantalon à ce niveau ; 4° la présence de poussières blanchâtres dans les plis cutanés et les poils.

Jamais Rouvier n'a rencontré de blépharite ciliaire tenant aux poussières. Quant aux varices, conséquences du travail debout, elles sont moins fréquentes chez les palissonniers que chez les gantiers; d'ailleurs, rien n'oblige les ouvriers à travailler debout.

D'après Popper, les gantiers sont les artisans dont la moyenne de vie est la moins élevée (31 ans). L'hygiène réclame une bonne ventilation des ateliers de dolage à la meule, où les poussières abondent.

XIV. — Les palissonniers sont exposés à un accident grave, heureusement rare, et non encore décrit. Quand le boucher a maladroitement entaillé la peau dans son épaisseur, celle-ci peut céder brusquement sous l'effort de la traction violente au moment où l'ouvrier la passe sur le palisson. Alors l'ouvrier est précipité sur ce dernier et se fait une plaie pénétrante de l'abdomen. Pour éviter cet accident, on a conseillé aux ouvriers de porter une plaque en cuir bouilli au-devant du ventre, mais jamais ils n'emploient ce moyen, qui les gêne, disent-ils, pour travailler.

Le *meulage*, généralement pratiqué par des femmes, consiste à appliquer les peaux sur une table en fonte mue par la vapeur à raison de cinq à six cents tours par minute et sur laquelle est collé du papier émeri. Cette opération produit un duvet neigeux d'une abondance telle que les ouvrières sont obligées de laisser, été comme hiver, les fenêtres constamment ouvertes. Duchesne réclame un aspirateur puissant placé à côté des roues de façon que les femmes puissent travailler dans des pièces closes.

XV. —La fabrication des fleurs rouges à bon marché entraîne quelques

accidents professionnels assez fréquents pour qu'on n'y emploie jamais longtemps de suite les mêmes ouvrières. Ce sont :

1° Les coliques et le liséré plombiques, tenant à l'emploi pour colorier les pétales du *geranium rubis*, laque d'éosine contenant 20 0/0 de plomb et dégageant une abondante poussière.

2° Des érythèmes prurigineux sur les parties découvertes, dus à l'usage des dérivés azoïques (jaune d'or, rouge écarlate);

3° Des éternuements et de l'hyperhidrose imputables à l'éosine qui contient de fortes proportions de brome. Pour mettre les ouvrières à l'abri du saturnisme, il n'y aurait qu'à remplacer, comme certaines maisons le font déjà, les laques à base de plomb par des laques à base d'alumine. Pour éviter les inconvénients liés à l'emploi de l'éosine et des dérivés azoïques, les ouvrières devraient porter un masque de gaze légère, avoir la tête couverte d'un bonnet de toile serré, posséder un vêtement de travail serré aux poignets et garantissant le cou, des pantalons serrés aux genoux, enfin prendre des bains fréquents et des soins de toilette journaliers et minutieux.

XVI. — Les photographes manient un grand nombre de substances chimiques assez dangereuses et pouvant amener soit des empoisonnements, soit des explosions : cyanure de potassium, sels de mercure, bichromate de potasse, etc. Depuis l'invention des plaques sèches, le cyanure de potassium, si toxique et qui aurait pu être remplacé par l'hyposulfite de soude, est à peu près abandonné ; aussi n'occasionne-t-il plus guère d'accidents que chez les photographes qui y recourent pour enlever les taches de nitrate d'argent.

Pour récupérer l'argent des solutions de nitrate, on emploie le foie de soufre et l'azotate de potasse. Si n'on n'a pas eu soin de griller soigneusement le résidu pour éliminer l'excès de soufre, avant de faire le melange avec le salpêtre utilisé comme fondant, il peut se produire des mélanges détonants. Un autre composé explosif, le fulminate de mercure, peut prendre naissance lorsque les photographes évaporent leur bain argentifère sans le précipiter à l'état de chlorure.

Les ateliers où l'on prépare exclusivement les plaques de gélatino-bromure d'argent offrent quelques causes d'insalubrité spéciales. La lumière blanche doit en être absolument exclue. Au contact de l'ammoniaque, l'acide pyrogallique absorbe rapidement l'oxygène de l'air. Enfin l'atmosphère est saturée de vapeurs d'éther et d'alcool. Les photographes qui travaillent dans ces conditions sont sujets à une espèce d'étiolement et à des maux de tête.

Les retoucheurs et surtout les photographes qui font des épreuves microscopiques ont à la longue un affaiblissement de la vue.

Enfin les photographes sont exposés à une crampe d'attitude sur laquelle Napias (*R. S. M.*, XVI, 125), a appelé l'attention.

XVII. — Munro a recherché l'influence exercée sur la mortalité publique par les émanations d'une fabrique de produits chimiques de la Tyne. Il a pris à cet effet les 16 rues comptant 4,548 habitants qui se trouvent comprises dans un rayon d'environ 300 mètres autour de l'usine.

Dans cette étendue de terrain, la mortalité générale est de 23.7 0/00, c'est-dire supérieure de 2.9 à celle de la ville voisine de South-Shields ;

la mortalité infantile est de 16.9 sur 100 naissances, c'est-à-dire plus forte de 2.7 que celle de la ville; la mortalité des enfants au-dessous de 5 ans s'élève à 60.5 contre 49.1 à South-Shields ; la mortalité par affections zymotiques y dépasse de 1.9 celle de la ville ; la mortalité par affections inflammatoires du poumon y est supérieure de la même quantité, tandis que seule la mortalité phtisique est moindre de 2.8 dans le district exposé aux effluves industrielles.

XVIII.—En juin et juillet 1881, les poissons de la Meurthe furent décimés par une maladie qu'on attribua à la contamination de la rivière par les eaux d'une soudière. La mortalité des poissons fut telle qu'on put craindre l'infection de l'air et des puits. Il y avait en outre à redouter que les poissons malades fussent livrés frauduleusement à la consommation. Enfin quelques personnes mirent sur le compte de cette épizootie la fièvre typhoïde qui régna peu après à Nancy.

Toutes ces raisons engagèrent le conseil d'hygiène à faire procéder à une enquête dont voici les résultats.

Delcominète, chargé de l'analyse des eaux, reconnut que l'usine incriminée ne déversait dans la Meurthe qu'un liquide clair, tenant en dissolution des chlorures de calcium et de sodium, ce dernier prédominant beaucoup. La quantité d'ammoniaque était insignifiante, car ces eaux résiduaires ne bleuissaient pas le papier de tournesol. Au moment de l'épizootie la proportion des chlorures qu'elles contenaient ne dépassait pas 0gr,2776 par litre, quantité que Delcominète croit seulement capable de faire fuir les poissons mais non de les tuer. D'ailleurs, depuis plusieurs années, la rivière recevait les mêmes substances en même quantité et elle a continué de les recevoir depuis. Enfin une épizootie semblable s'est montrée dans la Moselle.

Poincaré de son côté fut chargé d'étudier la maladie des poissons. A l'œil nu, on constatait sur tout leur corps l'existence d'un grand nombre de petites tumeurs sous-cutanées variant du volume d'un pois à celui d'une noisette. Ces tumeurs renfermaient une bouillie jaunâtre que le microscope révéla formée par des amas innombrables de petits sacs à parois minces et transparentes, remplis eux-mêmes d'une quantité prodigieuse de corpuscules ovoïdes, divisés en trois ou quatre loges contenant plusieurs noyaux. Lorsque ces corpuscules devenaient libres par la rupture du sac, un certain nombre d'entre eux apparaissaient munis d'un prolongement caudal. En outre de ces sacs agglomérés sous forme de tumeurs sous-cutanées, on en trouvait d'isolés dans tout le système musculaire, où ils étaient enchâssés entre les fibres comme des kystes de trichine. Il s'agissait là de parasites du groupe des grégarines.

Poincaré réfute l'opinion que la composition des eaux fût capable d'affaiblir la résistance vitale des poissons et d'en faire par conséquent un terrain plus propice à l'envahissement par des parasites. Il croit que, malgré que ce soient des poissons destinés à vivre dans l'eau douce, la quantité de chlorure sodique était insuffisante pour perturber leur organisme.

Il n'a été signalé aucun accident à la suite de l'ingestion des eaux de puits voisins de la Meurthe. Olivier (thèse de Nancy), qui a pratiqué des expériences sur lui-même, n'a éprouvé des coliques et de la diarrhée

qu'en avalant une solution tellement concentrée que la saveur en était des plus repoussantes.

XIX. — La fabrication de la soude par décomposition du sel marin donne lieu à un dégagement considérable d'acide chlorhydrique. En vertu de son affinité pour l'eau, cet acide forme dans l'air un brouillard qui, par suite de sa densité, tend à gagner le sol. Il résulte de là que les fabriques de soude sont toujours entourées de nuages dus à ces vapeurs acides qui se déposent avec une très grande lenteur dans la direction du vent régnant.

L'odeur de cet acide est encore appréciable à plusieurs kilomètres de distance des usines.

Ces vapeurs noircissent et dessèchent les feuilles des arbres et elles attaquent toutes les parties métalliques.

Les ouvriers soudiers sont pâles, amaigris, en proie à une anhélation marquée, à des gastralgies et à des dérangements fréquents de ventre. Leurs dents se ramollissent et deviennent translucides par la disparition des éléments calcaires ; le plus souvent, elles se cassent au niveau du collet.

Mesures prophylactiques. Large ventilation des ateliers. Toutes les bonbonnes seront lutées avec de l'argile. Les appareils seront recouverts de vastes hottes communiquant avec la cheminée centrale. Le sol sera rendu imperméable. Les eaux acides seront neutralisées par de la chaux ou de la craie.

Pour assurer la salubrité extérieure, on fera usage de fours dits à double moufle qui, mieux que les fours à réverbères, permettent la condensation des vapeurs au moyen de grandes surfaces humides dans lesquelles le gaz circule lentement. A cet égard, on doit donner la préférence aux appareils à colonnes avec tours de condensation.

XX. — Le bleu d'outremer est employé dans de nombreuses industries : papier, sucre, linge, bougies, papiers peints, tapis, impression d'étoffes, etc. En France, c'est Lille qui en est le grand centre de fabrication. Les procédés industriels sont tenus secrets. On sait seulement que l'outremer, comme le lapis-lazuli, dont il est l'imitation, se compose de silice, d'alumine, de soufre et de soude.

Les ouvriers qui le préparent sont exposés aux poussières et à l'action des gaz sulfurés. Toutes les opérations qui s'accomplissent sur les matières premières (carbonate de soude, soufre, kaolin), avant la calcination du mélange, se pratiquent en effet à sec. Mais ces poussières sont peu de chose auprès de celles de l'outremer lui-même, à partir du défournement. Dans les ateliers, hommes et murs, tout est passé au bleu. Dans certains locaux, la poussière forme un véritable brouillard. Les ouvriers enrhumés crachent bleu. Toutefois la morbidité et la mortalité ne paraissent pas excessives en s'en tenant, à défaut de statistiques, aux renseignements recueillis auprès des intéressés.

La calcination du mélange donne lieu à des torrents d'acide sulfureux. Arnould a cependant séjourné dans les hangars des fours sans être sensiblement incommodé par l'odeur. L'impression est surtout désagréable en entrant : on perçoit une saveur acide et un léger picotement des narines.

Au voisinage des usines, les vapeurs sulfureuses brûlent les plantes, acidifient l'eau des citernes, attaquent les objets en cuivre, en acier, en

fonte; ternissent les étoffes, etc. Ladureau a reconnu que l'atmosphère de Lille renferme de 1^{cc},4 à 2^{cc},2 d'acide sulfureux par mètre cube, et que l'eau de pluie y contient par litre une quantité d'acides sulfurés égale à 22 milligrammes d'acide sulfurique, tandis qu'à Manchester, d'après A. Smith, elle n'en renferme que 13 milligrammes.

Conclusions : la partie de la fabrication du bleu qui embrasse la préparation des matières jusqu'à la calcination des mélanges, exclusivement, ne produit que des poussières peu offensives et peut ne pas compromettre la santé des ouvriers, pourvu que l'on prenne les mesures usuelles contre les poussières. Il en est de même de la dernière partie des opérations, c'est-à-dire de celles qui se pratiquent sur le bleu brut et le bleu commercial. Mais il vaudrait mieux faire tout ce travail au mouillé et vendre le bleu à l'état de pâte humide au lieu de l'empaqueter.

La calcination des mélanges dans les fours expose les ouvriers à l'effet des vapeurs sulfureuses dans des limites modérées. En revanche la diffusion de cet acide dans l'atmosphère environnante est une cause de sérieuse incommodité pour le voisinage. Tant qu'on n'aura pas trouvé le moyen de l'absorber intégralement dans l'usine, la calcination devra être interdite dans l'intérieur des villes. En tout cas, la fabrication de l'outremer doit être rangée par décret dans les établissements classés de 1re ou 2e catégorie, suivant qu'il n'y a pas ou qu'il y a absorption des gaz nuisibles.

XXI. — L'accumulation des poussières charbonneuses dans les poumons peut produire directement l'emphysème, sans l'intermédiaire d'un catarrhe bronchique chronique. Racine a vu le fait se présenter chez deux mineurs jeunes et très robustes, mais qui avaient travaillé dans une atmosphère rendue extrêmement fuligineuse par des lampes à pétrole. D'autre part, dans deux cas de mort subite accidentelle, il a trouvé les alvéoles pulmonaires eux-mêmes complètement remplis de particules charbonneuses. Racine ne prétend pas nier cependant que la cause la plus commune de l'emphysème des houilleurs ne soit le catarrhe bronchique.

Il a dressé pour une période de 3 ans la statistique des affections respiratoires parmi les 870 mineurs que compte son district. Dans l'ensemble des malades obligés de suspendre leur travail, les emphysémateux entraient pour 6.6 0/0 et ceux atteints de catarrhe bronchique pour 8.1. En rapportant ces chiffres à 100 mineurs actifs, on trouve les proportions de 1.8 0/0 d'emphysème et de 2.27 de bronchite. Or, dans ces houillères, la ventilation ne laisse rien à désirer, et le travail n'est pas trop pénible, car la journée n'est que de 8 heures, dont il faut défalquer une heure et demie pour la montée et la descente. Dans les 3 ans, 18 hommes ont été déclarés invalides, dont 12 pour emphysème, ce qui représente 1.3 0/0 des mineurs actifs.

Mais comme ce sont toujours les mêmes malades qui reviennent, Racine a évalué encore d'une autre façon la fréquence de l'emphysème, en examinant la poitrine de tous ceux qui le consultaient pour un motif quelconque. Il a pu constater ainsi que, sur 746 malades, 197, soit 26.4 0/0, d'entre eux présentaient des signes physiques d'un emphysème modéré.

L'auteur relate en détails une curieuse observation qui montre que la poussière charbonneuse peut provoquer la formation d'un abcès pulmonaire.

Comme Merkel, il a été frappé de la fréquence des pleurésies sèches localisées qu'il attribue à des processus irritatifs déterminés par des dépôts superficiels de poussières charbonneuses. Il a compté que 5.6 0/0 des mineurs malades offraient ces pleurésies circonscrites, soit une proportion de 1.5 sur 100 mineurs actifs.

Racine professe que l'anthracose pulmonaire exerce une action bienfaisante, prophylactique sur la tuberculose. La proportion des décès tuberculeux dans son district minier n'atteint pas 0.3 0/00. Toutefois les chiffres sont trop faibles pour leur attacher beaucoup d'importance. Aussi a-t-il recherché les bacilles dans 42 cas de bronchite chronique avec emphysème; il ne les a trouvés qu'une seule fois. Au contraire, il les a toujours rencontrés chez les tuberculeux non mineurs. Bien que la tuberculose soit très commune parmi les femmes et les enfants des houilleurs, jamais on ne note de bacilles dans les crachats de ces derniers. Racine pense qu'on peut l'expliquer par les propriétés antiseptiques du charbon.

XXII. — Dans la houillère de Monvicq, 12 ouvriers sur 24 occupés à foncer un puits à l'aide de dynamite furent atteints d'une éruption eczémateuse des jambes; le chef mineur l'eut aux mains. Plus tard, lorsque après une interruption on reprit ce travail, 13 mineurs sur 18 offrirent les mêmes accidents. L'éruption siégeait exclusivement au dos du pied et en arrière des malléoles, laissant indemne la plante. L'analyse montra que l'eau, notablement alcaline, contenait 1 gramme par litre de soude caustique, des matières organiques et un peu d'hydrogène sulfuré. Des travaux de fonçage exécutés à Commentry dans des conditions analogues n'ont rien donné de semblable, mais l'eau à Commentry est ferrugineuse.

Fabre a également constaté que 10 ouvriers sur 12 travaillant sur du charbon humide ont été pris de furoncles des membres inférieurs et du bas du tronc.

Dans un autre chantier où l'humidité et l'odeur d'hydrogène sulfuré étaient très fortes, tous les mineurs eurent des démangeaisons horribles et des troubles digestifs. Quelques-uns eurent des selles sanguinolentes, de la gingivite et un affaiblissement général; 2 même présentèrent des taches de purpura. L'analyse révéla que l'eau contenait, outre divers sulfates, 20 centigrammes d'acide sulfurique par litre.

L'auteur a examiné le sang d'hommes qui avaient travaillé des mois entiers dans des mines saturées d'humidité; il n'a pas observé de diminution notable du chiffre des globules ni de l'hémoglobine.

Conclusions : l'influence du travail dans l'eau sur la santé des ouvriers est éminemment variable. Tantôt on ne note aucune influence fâcheuse sur l'organisme; d'autres fois il survient des éruptions diverses dont la nature varie non seulement suivant le sujet, mais encore suivant la température du chantier, suivant que de la poussière de charbon se trouve ou non mélangée abondamment avec l'eau, mais aussi, et surtout, suivant la composition chimique de cette eau. Que l'eau soit croupissante et chargée de matières organiques, qu'elle soit alcaline ou bien qu'elle contienne de l'acide sulfurique, des phénomènes différents se manifestent; ici ce sont des éruptions eczémateuses, là du lichen, des furoncles, parfois même du purpura.

Quand des éruptions prurigineuses apparaissent, il serait avantageux d'avoir recours à un système de vêtements et de chaussures en caoutchouc, destinés à mettre l'ouvrier à l'abri de l'action caustique et irritante de certaines eaux de mine.

XXIII. — Les auteurs de traités d'hygiène ou d'ophtalmologie répètent tous à l'envi que les affections oculaires, notamment la cataracte, sont fréquentes chez les verriers, mais ils n'apportent aucun fait précis à l'appui de cette assertion.

Pour élucider ce point, Lefranc a fait une enquête prolongée à la manufacture de Saint-Gobain et pris des renseignements auprès des médecins des établissements similaires, tant en France (Montluçon, Cirey) qu'en Allemagne (Stollberg, Waldhof) et en Belgique (Sainte-Marie-d'Oignies). Il conclut que l'influence fâcheuse de la lumière et de la chaleur sur les yeux des glaciers n'est rien moins que prouvée. Il resterait à voir s'il en est de même pour les autres catégories de verriers (bombeurs de verre et souffleurs de bouteilles), où peut-être une composition différente de la lumière aurait des résultats différents.

Cette thèse renferme un index bibliographique étendu.

XXIV. — La profession de verrier est l'une des plus pénibles; l'habileté indispensable au métier exige un apprentissage commencé à l'âge de 10 ans. Dans des halles ouvertes à tous les vents, les ouvriers, exposés d'autre part à une haute température, se livrent à des efforts respiratoires et travaillent la nuit comme le jour, sans repos hebdomadaire. En effet, contrairement au cristal, le verre réclame pour sa fusion une chaleur très intense, inconciliable avec la discontinuité des feux. Sur 57 usines étudiées par Bérard, 3 seulement peuvent accorder à leurs ouvriers le repos du dimanche, sans être entraînées à des frais disproportionnés avec leurs bénéfices. Aussi vers l'âge de 45 ans les verriers doivent-ils cesser tout service, bien qu'ils soient en général sobres.

Les accidents professionnels auxquels ils sont sujets sont dus : 1° à l'éclat de la lumière; 2° à l'intensité de la chaleur; 3° au soufflage du verre.

Les efforts d'insufflation donnent lieu à la distension des joues, à l'emphysème pulmonaire et aux hémoptysies. En outre l'usage d'une *canne* commune expose à la contagion de la syphilis (*R. S. M.*, XVIII, 68 et 70). Les embouts particuliers n'ont jamais pu entrer dans la pratique et d'ailleurs ils ne suppriment pas les autres inconvénients du soufflage par la bouche.

Dès 1824, un ouvrier de Baccarat, Robinet, inventait le soufflage mécanique au moyen d'air comprimé. La pompe Robinet se répandit peu, mais elle fut le point de départ de tous les essais qui ont été tentés pour appliquer au travail du verre la force mécanique. Ce sont les frères Appert, maîtres verriers à Clichy, qui, en 1879, ont les premiers employé dans leur usine le soufflage mécanique par un procédé perfectionné. L'air forcé au moyen d'une pompe à vapeur est emmagasiné sous une pression de 3 atmosphères dans des réservoirs placés dans le haut de l'atelier. De ces réservoirs, l'air est distribué par des tuyaux vers les emplacements où les ouvriers travaillent. Il y avait deux grosses difficultés à vaincre : 1° avoir une arrivée d'air continue et toujours à la même pression : on y est parvenu au moyen de soupapes; 2° laisser aux ou-

vriers la liberté de leurs mouvements en disposant convenablement les appareils destinés à joindre la canalisation avec les cannes. On y a réussi au moyen de tuyaux de caoutchouc terminés par un ajutage en forme de cornet, mobile sur son axe et qui tourne avec la canne, sans que la communication avec la canalisation d'air soit jamais interrompue, ni le tuyau tordu.

Pour les pièces de petites dimensions, le fluide comprimé est préalablement détendu à un cinquième d'atmosphère.

XXV. — C'est pour ainsi dire la suite des mémoires de Michel (*R. S. M.*, XVIII, 77) et de Granjon-Rozet (*R. S. M.*, XIX, 106), car c'est toujours le bassin à flot de Missiessy qui a fourni les accidents dus au travail dans l'air comprimé. Chabaud en relate 10 nouvelles observations, dont 2 terminées fatalement l'une par eschare, l'autre par psoïtis suppurée.

Les symptômes les plus communs ont été une paraplégie plus ou moins complète (que Barthélemy explique par la décompression brusque de l'aorte abdominale), la paralysie vésicale, la cystite, la phosphaturie, les douleurs lancinantes, la bronchite, l'état typhoïde, les eschares, le trismus et les convulsions tétaniques.

Les entrepreneurs ont pris un certain nombre de mesures prophylactiques. Au sortir de la cloche, les ouvriers doivent s'envelopper dans une couverture de laine et on leur fait prendre un verre de vin. Une piscine d'eau tiède est à leur disposition; malheureusement, ils en font peu usage, crainte d'y contracter par contagion des affections cutanées ou vénériennes. Enfin, une baraque-infirmerie est destinée aux premiers soins.

Voici les autres mesures que Chabaud préconise : 1° l'inspection médicale des ouvriers avant leur admission; 2° la diminution de la journée de travail, car c'est trop de six heures; 3° procéder par une espèce d'entraînement pour les novices; 4° modifier l'éclairage des caissons : remplacer les bougies, dont la combustion répand dans l'atmosphère épaissie une quantité notable de noir de fumée, par des lampes électriques; 5° améliorer la ventilation en augmentant le volume d'air comprimé qui débouche dans les caissons ; 6° enfin Chabaud décrit un robinet qu'il a inventé et dont le jeu est dérobé à l'action de l'ouvrier. Ce robinet a pour but de produire une décompression graduelle, en laissant d'autant moins rapidement échapper l'air du sas de sortie que la tension de cet air était plus grande.

L'auteur formule ainsi le traitement des accidents dus à la décompression brusque : 1° immersion dans l'eau chaude avec massages énergique; 2° stimulants diffusibles et diaphorétiques; 3° recompression graduée suivie de décompression très lente; 4° ventouses scarifiées sur les lombes et application de l'appareil Junod aux membres inférieurs.

XXVI. — Gayon signale un fait singulier qui s'est présenté à plusieurs reprises dans les récipients à air comprimé installés sur la rive gauche de la Dordogne, à Saint-Vincent. En pénétrant de la chambre supérieure dans les colonnes verticales des appareils, les ouvriers ont vu s'éteindre leurs lampes sans pouvoir les rallumer ; les allumettes elles-mêmes ne pouvaient prendre feu. Et cependant les hommes respiraient mieux qu'à l'ordinaire et ont pu descendre dans l'obscurité jusqu'au fond et y travailler à extraire de la terre.

Ce phénomène coïncidait avec la présence dans la couche argileuse, atteinte à ce moment, de débris végétaux et même de troncs d'arbres noircis. Une analyse sommaire a montré que dans cet air la proportion d'acide carbonique était normale, mais celle d'oxygène plus faible que dans l'air comprimé, ce qui explique la respiration plus facile. Gayon pense que la décomposition lente du bois a dû produire un gaz non comburant, tel que l'azote, l'hydrogène ou un carbure d'hydrogène. Il rapproche ce fait de celui qu'on a observé dans certaines houillères à grisou, où la lampe du mineur s'éteint sans qu'il cesse lui-même de respirer librement.

XXVII. — Le 25 janvier 1883, une baraque de l'usine de dynamite de Paulilles, occupée par 19 ouvrières et ouvriers, sautait; le bruit de l'explosion s'entendit à 10 kilomètres. Les 17 jeunes filles et les 2 hommes furent tués instantanément.

La plupart des corps étaient réduits en menus débris disséminés sur un espace de 150 à 200 mètres; le poids de ces débris variait de 250 grammes à 12 kilogrammes. Les parties les moins résistantes, telles que les seins, les fesses, les vastes portions charnues étaient le mieux conservées. 7 cadavres seulement avaient gardé quelque forme humaine. Un seul, celui du contremaître, était à peu près complet, la face contre terre, les bras étendus, dans la position d'un homme qui cherche à fuir. Il était presque entièrement dépouillé de ses vêtements dont quelques restes présentaient des traces de brûlures, bien qu'il n'y en eût aucun indice sur le corps. Au niveau de la région lombaire, se voyait une plaie pénétrante due à la projection d'un débris de planche.

Chez tous les cadavres Challan de Belval a été frappé de l'état du système musculaire qui paraissait plutôt contracturé qu'atteint de véritable rigidité cadavérique.

Cette explosion n'a pas causé d'accidents graves dans le voisinage. Une maison située à plus de 400 mètres a été lézardée du haut en bas, tandis que les arbres qui la séparaient de l'usine n'ont pas été endommagés.

Une partie de la dynamite que contenait la baraque s'est retrouvée au milieu des débris. Les ingénieurs estiment à 20 kilogrammes la quantité qui a fait explosion et a déplacé subitement un cube d'air qu'on peut théoriquement évaluer à 3 millions de mètres au moins.

L'auteur est d'avis d'interdire dans les usines à dynamite le travail à la tâche, qui empêche de prendre les précautions nécessaires, et de ne pas y admettre comme ouvrières des jeunes filles incapables d'apprécier le danger auxquelles elles sont exposées. J. B.

I. — Dimensionen und Ursachen der Lustseucheverbreitung in Budapest (Extension des maladies vénériennes à Buda-Pesth), par Emil JURKINY (*Vierteljahrsschrift für gerichtliche Medicin*, *XXXVIII*, *p.* 112).

II. — Ueber die Ausbreitung der venerischen Erkrankungen in Breslau (Développement des maladies vénériennes à Breslau), par Emil STERN (*Idem*, *XL*, *p.* 75).

III. — Premier rapport sur la prostitution dans ses rapports avec la police médicale, avec la transmission et la prophylaxie des affections syphilitiques, par VIBERT (*Revue d'hygiène*, *V*, *p.* 912, *et VI*, *p.* 62).

I. — A Buda-Pesth la prostitution est réglementée ; les filles inscrites ne peuvent exercer leur métier que dans des maisons autorisées où elles sont l'objet de deux visites médicales par semaine. Le nombre de ces maisons ne doit pas dépasser la cinquantaine, et le chiffre maximum de femmes que chacune d'elles peut contenir est limité à 12 ; mais la généralité des bordels ne renferme que 4 ou 5 filles. Cette limitation du nombre des maisons autorisées et de celui de leurs femmes a des conséquences fâcheuses. Le chiffre des prostituées hors maison, c'est-à-dire non inscrites et non soumises à l'inspection sanitaire, s'accroît énormément, de même que celui des maisons clandestines qui sont soustraites à la surveillance des médecins.

De 1872 à 1881, la moyenne des vénériens et syphilitiques traités dans les hôpitaux civils de Buda-Pesth a été de 1,928 pour les hommes, de 1,779 pour les femmes et de 235 pour les enfants.

Pendant le même laps de temps, le nombre des maisons autorisées est tombé de 64 à 50. Celui des filles inscrites est en diminution constante depuis 1876 : de 298 il s'est réduit à 241.

A l'hôpital militaire, en 1872, les soldats vénériens et syphilitiques constituaient les 9,65 0/0 de la totalité des admissions ; en 1881, les 17.06 0/0. En 1878, ce chiffre s'était même élevé à 24.86 0/0, grâce sans doute à l'occupation de la Bosnie.

Sur 1,000 habitants de Buda-Pesth, on compte de 9.3 (1875) à 13.5 (1880) vénériens ou syphilitiques dans les hôpitaux.

Tandis que depuis 1878, la proportion des malades parmi les filles non inscrites baisse, celle des hommes contagionnés par elles et admis dans les hôpitaux va toujours grandissant. Après avoir été successivement de 129, de 119 et de 114 de 1874 à 1876, elle a monté à 157, 164, 218 et 214 pendant les années 1878 à 1881.

Donc les affections vénériennes augmentent continuellement à Buda-Pesth depuis 1875. L'augmentation porte sur le sexe masculin, car depuis 1879, d'année en année, les hôpitaux reçoivent moins de femmes malades.

Le même accroissement s'observe chez les enfants (syphilis congénitale et ophtalmie blennorragique) et parmi les troupes de la garnison.

C'est surtout la syphilis qui est devenue plus fréquente : en 1881, les syphilitiques formaient le tiers des vénériens. Depuis 1875, la proportion des syphilis s'est accrue de 129,32 0/0.

Ce sont les filles hors maison qui propagent la syphilis, parce qu'elles ne viennent qu'à la dernière extrémité à l'hôpital.

II. — La statistique de Stern embrasse la période de 1860 à 1881 ; elle est tirée du seul hôpital civil de Breslau qui reçoive les vénériens, et des hôpitaux militaires. Parmi les malades de l'hôpital civil, les femmes prédominent à cause de la réglementation de la prostitution.

La blennorragie est toujours moins fréquente que le chancre mou et que la syphilis ; il y a 20 ans, c'était chez les femmes qu'on l'observait le plus communément ; depuis 10 ans, c'est chez les hommes.

Depuis 10 ans, la syphilis se note plus souvent que le chancre mou ; auparavant, c'était l'inverse.

C'est l'année 1875 qui pour les deux sexes a offert le moins de malades.

Le chiffre des prostituées inscrites à Breslau oscille, de 1866 à 1882, entre 3.57 par 1,000 habitants (1872), et 6.45 (1880). La proportion de celles qui ont été trouvées malades varie entre 16.6 0/0 (1875) et 75 0/0 (1869).

A Berlin, eu égard au chiffre de la population, le nombre des prostituées inscrites est moitié moindre, mais la proportion des filles malades y est en général beaucoup plus forte.

En résumé, dans le cours des 20 dernières années, l'extension des affections vénériennes, à Breslau, s'est accrue à diverses reprises. Le premier et le plus considérable accroissement correspond aux années 1862 à 1868. Puis succède une diminution marquée qui persiste jusqu'en 1875 en s'accentuant. Vient ensuite une élévation brusque et intense dans les années 1877 et 1878, suivie d'une rémission en 1879 et 1880, et finalement d'une recrudescence très accusée dans l'année d'exposition 1881.

La syphilis a subi, d'une façon générale, les mêmes alternances de marche que l'ensemble des affections vénériennes, dont elle constitue une proportion variable du quart à la moitié, proportion qui augmente constamment depuis 1870.

On observe des phénomènes analogues dans la morbidité vénérienne de la garnison de Breslau et des garnisons du reste de la Silésie, où l'accroissement des malades est encore plus grand qu'à Breslau.

L'augmentation du chiffre des vénériens et syphilitiques à partir de 1876 peut s'expliquer par la diminution du nombre des mariages qui coïncide avec l'abaissement du bien-être général (crise industrielle et commerciale); les domestiques sans place fournissent de nombreuses recrues à la prostitution.

Stern propose entre autres remèdes : 1° d'ouvrir aux femmes de la classe laborieuse de nouvelles carrières lucratives; 2° de réprimer la prostitution sur la voie publique au moyen d'une police nocturne plus rigoureuse des rues; 3° de rendre obligatoire pour les médecins la déclaration non des malades, mais du lieu de leur infection; 4° de promulguer une disposition légale en vertu de laquelle sera punissable quiconque aura sciemment propagé une affection sexuelle contagieuse ou aura négligé de s'en faire traiter; 5° de faciliter aux vénériens l'accès des hôpitaux.

III. — A Paris, la proportion des filles mineures inscrites parmi les prostituées varie beaucoup suivant les années, ainsi que le montre le tableau suivant :

1877	398 majeures,	155 mineures.
1878	451 —	173 —
1879	259 —	13 —
1880	345 —	9 —
1881	390 —	137 —

Le nombre des maisons de tolérance est de 104 en 1882, contre 120 en 1877. Le chiffre de leurs pensionnaires était de 1,116 au 1er janvier 1882.

Le chiffre des filles isolées inscrites, demeurant chez elles ou en garni, a subi une progression décroissante depuis 1877, où, de 3,216 il s'est abaissé à 1,723, au 1er janvier 1882.

Les filles isolées sont visitées une fois par quinzaine au dispensaire de la préfecture de police ; les filles en maison sont visitées une fois par semaine à domicile.

Le personnel médical chargé de ces visites se compose de 20 médecins. Des 14 titulaires, les 11 plus anciens effectuent les visites au dispensaire et dans les maisons de tolérance de Paris ; les 3 plus jeunes sont chargés exclusivement des visites dans les maisons de tolérance de la banlieue, qui étaient au nombre de 13, le 1er janvier 1882.

Au dispensaire, les visites ont lieu tous les jours en 3 séances de une heure et demie chacune, auxquelles assistent 2 médecins : l'un procède à l'examen tandis que l'autre en inscrit les résultats. Quand l'examen externe est resté négatif, on introduit le speculum. Le nombre moyen des femmes visitées est de 45 par heure. Les filles étant libres de choisir, dans la quinzaine, le jour où elles se présentent, parfois le médecin dispose de moins d'une minute pour chaque examen.

Les femmes reconnues vénériennes, syphilitiques ou galeuses sont envoyées à l'infirmerie de la prison Saint-Lazare. Quand le médecin de la prison juge que la fille ne présente plus d'accidents contagieux, celle-ci est conduite au dispensaire où elle subit un nouvel examen de la part du médecin en chef avant d'être relâchée.

Voici la statistique des filles malades pour les 5 dernières années :

1877.	821 syphilis chancres mous,	1,091	autres affections contagieuses.
1878	857 —	1,087	—
1879	953 —	725	—
1880	1253 —	937	—
1881	889 —	723	—

Si l'on compare entre elles les deux catégories de filles inscrites, au point de vue de la fréquence et de la nature des maladies contagieuses dont elles sont atteintes, on arrive aux résultats suivants : dans la période quinquennale 1877-1881, sur 100 filles en maison, on compte en moyenne 52 malades dont 26 syphilitiques, et sur 100 filles en carte, 15 dont 7 syphilitiques. Mais ces chiffres ne correspondent pas à l'état réel des choses : 1° parce que les filles de maison sont visitées le double plus souvent ; 2° parce qu'un grand nombre de filles isolées se soustraient aux visites réglementaires ; on peut même presque dire qu'il ne se présente volontairement au dispensaire que les femmes qui se croient saines. La preuve en est la forte proportion des malades parmi les filles arrêtées pour infractions aux règlements de police ; cette proportion est 7 fois plus considérable que celle constatée au dispensaire.

Quant aux filles insoumises, c'est-à-dire aux prostituées qui ne sont pas placées sous la surveillance de la police et qu'on ne visite que lorsqu'elles sont arrêtées d'une façon accidentelle, la moyenne centésimale des malades dépasse 30, dont plus de 14 sont syphilitiques.

Mauriac a encore mieux mis en relief d'une autre manière l'influence pernicieuse des insoumises sur la santé publique. A l'hôpital du Midi, il a calculé que sur 5,008 hommes vénériens ou syphilitiques, 4,012 avaient contracté leur maladie chez des filles insoumises ; 733 chez des filles inscrites (dont 430 isolées et 303 en maison), et 263 chez des femmes non prostituées. En ce qui concerne la syphilis seule : sur 1,633 malades, la

contagion a eu lieu 1,514 fois par des insoumises et 219 fois par des inscrites (dont 139 isolées et 80 en maison).

Dans les autres villes de France, la prostitution est réglementée par un arrêté du maire et suivant le même mode qu'à Paris. La différence la plus importante porte sur la périodicité des visites qui varient de 2 par semaine à 2 par mois.

Le rapport de Vibert analyse ensuite rapidement la législation de l'Angleterre et de ses colonies (Hong-Kong, Malte); celle de Bruxelles, de Madrid, de l'Italie, de Vienne, de Munich et du Danemark. Puis il aborde les critiques dont cette réglementation a été l'objet ainsi que les améliorations et réformes proposées.

Le mouvement contre la réglementation de la prostitution est parti d'Angleterre; il s'est produit peu d'années après la promulgation des lois relatives à la prophylaxie des affections contagieuses parmi les militaires. L'association, composée surtout de dames, a, plusieurs fois déjà, demandé au Parlement l'abrogation de ces lois. L'association britannique a fondé une ligue internationale en se transportant sur le continent où elle a tenu successivement deux congrès, à Genève et à Gênes.

A Paris, les arguments des adversaires de la police des mœurs sont les suivants : 1° les mesures sont arbitraires, ne s'appuyant sur aucun texte de loi; 2° l'Etat compromet sa dignité en regardant la débauche comme l'exercice d'une profession régulière; 3° la visite obligatoire des femmes détruit ce qui peut leur rester de pudeur; 4° les mesures sont d'autant plus iniques qu'elles laissent toute liberté aux hommes de propager les maladies vénériennes ; 5° au lieu de restreindre le développement de ces affections, elle le favorise, d'autant mieux que le nombre des filles inscrites est infime relativement à celui des insoumises.

Les réformes qui paraissent le moins difficiles à réaliser sont celles qui, rendant la réglementation plus tolérable pour les filles, la leur ferait plus volontiers accepter. A ce titre, il y aurait lieu de supprimer leur internement à Saint-Lazare. Le professeur Fournier a présenté au Conseil municipal de Paris un projet fondé sur les bases suivantes : création d'un hôpital spécial auquel seraient annexés le dispensaire et un service de consultations avec médicaments gratuits ; allocation d'une prime de 20 francs à toute prostituée malade se présentant spontanément; visite hebdomadaire, à jour fixe, pour toutes les filles inscrites ; surveillance spéciale des syphilitiques récentes qui seraient soumises à une visite bihebdomadaire pendant quatre ans; nomination au concours du personnel médical et établissement de cliniques à l'asile sanitaire ou hôpital spécial; mettre le traitement à la portée de tous les malades (dispensaires spéciaux, sociétés de secours mutuels); vulgarisation des dangers de la syphilis pour l'individu et sa descendance, de ses divers modes de transmission et de la longue durée de sa période contagieuse.

Dans la discussion de la Société de médecine publique, *Drouineau* déclare que la société moderne est peu logique en ayant l'air de ne vouloir pas voir la syphilis masculine et de refuser aux hommes les soins tandis qu'on les impose aux femmes. Il faudrait que l'Etat, qui a donné des statuts modèles à toutes les societés de secours mutuels, y biffât l'article qui exclut des secours les vénériens; qu'il poursuivît les pharmaciens qui soignent à tort et à travers; qu'il facilitât l'admission des

syphilitiques dans les hôpitaux. Pour tout cela, l'Etat devrait intervenir par des subventions, comme il le fait pour le traitement des aliénés. Drouineau estime qu'il faudrait dans chaque hôpital 2 lits de syphilitiques par 1,000 habitants (*R. S. M.* III, 246; V, 626; VII, 649; XIII, 519 et 737; XV, 125; XVI, 217; XVII, 194; XIX, 202; XXI, 240, 241 et 243; XXIII, 492). J. B.

PATHOLOGIE INTERNE ET CLINIQUE MÉDICALE

I. — Zweite Conferenz zur Erörterung der Cholerafrage (Deuxième conférence sur la discussion du choléra) (*Deutsch. med. Woch.*, *n°* 19, 1885).

II. — Remarks on the etiology of asiatic cholera, par E. KLEIN (*British med. journ.*, *p.* 650, *mars* 1885).

III. — The cholera comma-bacillus and its functions, par G. F. DOWDESWELL (*Ibid.*, *p.* 588, *mai* 1885).

IV. — On the first discovery of the comma bacillus (Première découverte du bacille-virgule), par Francis FOWKE (*Ibid.*, *p.* 589, *mai* 1885).

V. — Report to the scientific grants committee on the cholera bacillus, par W. Watson CHEYNE (*Ibid.*, *avril et mai* 1885).

VI. — The comma bacilli of the human mouth (Les bacilles-virgules de la bouche), par W. MILLER (*Ibid.*, *p.* 935, *mai* 1885).

VII. — Further remarks on comma bacilli, par E. KLEIN (*Ibid.*, *p.* 934, *mai* 1885).

VIII. — Contribution à l'étiologie du choléra, par V. GAUTHIER (*Rivista clin. e terap.*, *mai* 1885).

IX. — Theoria sobre la profilaxis del colera morbo asiatica, par James FERRAN (*Tortosa*, 1884).

X. — Le microbe du choléra, par J. FERRAN (*La Independencia med.*, *n°* 19, 1885, *et la Rev. de Ciencias med.*, *Barcelone*, 1er *avril* 1885).

XI. — Le Peronospora Ferrani, agent infectieux du choléra, et la vaccination cholérique, par DUHOURCAU (*broch.*, *Toulouse* 1885).

XII. — De l'inoculation anticholérique, par J. FERRAN (*El Siglo med.*, 28 *décembre* 1885).

XIII. — Du peronospora Ferrani, par GENIENO et Carreras SOLA (*Rev. de Ciencias med.* 1885).

XIV. — Des inoculations prophylactiques contre le choléra, par COMMENGE et PULIDO (*El Siglo med.*, 31 *mai*, 7 *juin* 1885).

XV. — Le choléra, d'après le Dr FERRAN, par DUHOURCAU (2e *broch.*, *Paris*, 1885).

XVI. — Sur l'action pathogénique et prophylactique du bacille-virgule, par J. FERRAN (*Acad. des sciences*, 13 *avril* 1885). **— Sur la prophylaxie du**

choléra au moyen d'injections hypodermiques de cultures pures du bacille-virgule, par LE MÊME (*Ibid.*, 13 *juillet* 1885).

XVII. — Le Peronospora Ferrani et la vaccination cholérique, par L. CAPITAN (*Progrès méd.*, 13 *juin* 1885). **— Une réponse de M. FERRAN, par LE MÊME** (*Ibid.*, 25 *juillet* 1885). **— A propos des derniers travaux sur le choléra en Espagne et en France, par LE MÊME** (*Ibid.*, 5 *septembre* 1885).

XVIII. — Rapport sur les essais de vaccinations cholériques entrepris en Espagne par J. Ferran, par BROUARDEL (*Bull. de l'Acad. de méd. XIV, n° 27*).

XIX. — Rapport sur le système d'inoculation anticholérique, par E. van ERMENGEM (*Moniteur belge*, 25 *juillet* 1885).

XX. — Sulle vaccinazioni anticoleriche del Dott. Ferran, par G. RUMMO (*La Riforma med.*, 18 *et* 21 *septembre* 1885). — *Idem*, **par CHANTEMESSE et RUMMO** (*Bull. Acad. de méd. XIV, n°* 36).

XXI. — Sur les doctrines actuelles du choléra et les inoculations préventives, par CHAUVEAU (*Assoc. française Congrès de Grenoble*, 1885).

I. — La seconde conférence officielle pour l'étude du choléra s'est réunie à Berlin le 4 mai. Les savants allemands y ont repris la discussion des principaux points litigieux.

1° *Des bactéries du choléra et de leur viabilité.* — Koch commence par critiquer les travaux de ses contradicteurs et affirme que le bacille-virgule est spécial au choléra et ne manque jamais dans cette maladie. Il l'a trouvé dans des préparations provenant de 79 cholériques de Calcutta; il en montre des cultures pures faites en France, en Italie et en Allemagne.

Son opinion repose, du reste, sur des expériences : prenant des cobayes, il leur administre d'abord 5 centimètres cubes de solution de soude à 5 0/0, puis, au bout de 20 minutes, il leur injecte dans l'estomac 10 centimètres cubes de bouillon de viande contenant des bacilles-virgules; enfin il leur injecte dans la cavité abdominale une dose de teinture d'opium suffisante pour les narcotiser pendant 30 minutes ou une heure. Le lendemain de l'opération, les cobayes sont manifestement malades: ils succombent en deux ou trois jours. A l'autopsie on trouve dans l'intestin grêle, le cœcum et l'estomac un liquide alcalin, incolore, floconneux, qui constitue presque une culture pure de bacilles-virgules. Koch a réussi sur 85 cobayes. Le traitement des animaux intoxiqués de cette façon échoue. On n'a pu prolonger leur existence que de vingt-quatre heures à l'aide du calomel et de la naphtaline. Le bacille succombe rapidement sous l'influence de la sécheresse ou des désinfectants, l'acide phénique, par exemple.

Koch ajoute un fait qu'on peut considérer comme une expérience chez l'homme: parmi les 150 médecins qui suivaient les cours sur le choléra, un seul contracta la cholérine. Les déjections contenaient des bacilles-virgules que l'auteur a cultivés et utilisés pour les expériences.

Le bacille vit 30 jours dans l'eau de puits; dans l'eau du port de Marseille (Nicati et Rietsch), 81 jours; sur l'agar-agar, plus de 144 jours.

Pettenkoffer n'est pas convaincu par les arguments de Koch; il ne croit pas que le bacille-virgule soit la cause du choléra; mais il admet plutôt

que le choléra prépare le terrain favorable au développement de ce bacille. Au bacille de Koch, il oppose le bacille d'Emmerich, trouvé dans les viscères de neuf cholériques de Naples et cultivé isolément. Le choléra semble être, non pas une combinaison d'infection et d'intoxication, mais une maladie infectieuse pure. Le bacille n'explique pas une série de faits d'épidémiologie : le choléra est latent en hiver; il se manifeste de nouveau quand on l'a cru disparu depuis longtemps; il dépend du temps et du lieu.

Virchow prend la défense du bacille de Koch, tout en reconnaissant que les expériences ne sont pas encore définitives et qu'il faut les poursuivre. Le bacille paraît viable pendant plusieurs mois dans certaines conditions : il peut résister à l'hiver.

2° *Propagation du choléra par le commerce, les navires, les pèlerinages.* — Koch parle d'épidémies de très longue durée sur les navires. Pettenkoffer n'admet qu'avec réserve la propagation par les voyageurs.

3° *Influence du sol, de l'air et de l'eau.* — Koch reprend les arguments déjà connus sur l'importation du choléra et la contagion de l'homme à l'homme. Virchow ne doute pas de la valeur de ces arguments; quant à l'influence du sol, elle s'explique par la conservation et le développement du bacille-virgule qui s'y effectuent; mais ce n'est pas dans le sol qu'il faut chercher l'origine des germes du choléra.

Pettenkoffer a prétendu que la marche du choléra était en rapport avec la nappe d'eau souterraine: c'est que la mesure de la nappe d'eau permet d'apprécier les variations de l'humidité du sol dans les couches supérieures, et ces variations sont d'une grande importance. Koch ne nie pas l'influence que peuvent avoir les couches supérieures du sol imprégnées de matières organiques en putréfaction : c'est peut-être dans les conditions spéciales du sol qu'on trouverait l'explication de l'immunité de certaines villes, Lyon, par exemple; mais l'influence de la nappe d'eau souterraine est nulle. Koch admet le rôle actif des eaux potables; quant à celui de l'air, il n'a pas encore été démontré. Koch maintient seulement que l'air humide conserve les germes du choléra.

Gunther considère le terrain argileux comme défavorable à la propagation de la maladie. Pettenkoffer ne croit pas qu'il ait suffi de modifier les eaux potables au fort Williams, à Calcutta, pour conférer à ce fort l'immunité contre le choléra que signale Koch; cette immunité est due probablement à la purification du sol par un ensemble de mesures hygiéniques.

4° *Mesures pratiques contre le choléra.* — Koch propose : la destruction des matières infectieuses, l'amélioration des canalisations pour eaux potables et ménagères, l'isolement des malades, l'instruction du public sur les mesures hygiéniques individuelles. Il recommande la surveillance des voyageurs, que conseille également Kohler, dans les gares de chemins de fer comme sur les navires. Virchow veut voir adopter l'appareil à désinfection de Bacon. Koch préconise le desséchement partout où les vaporisations phéniquées sont impossibles. L. GALLIARD.

II. — Les points principaux développés dans cette communication sont les suivants :

Il ressort de la marche des épidémies générales et locales que le cho-

léra est toujours le résultat de l'importation d'un agent infectieux qui est évidemment un ferment vivant, car il posséde la propriété de se multiplier à l'infini. On peut se poser deux questions sur la nature du contage : ou bien ce ferment vivant est le contage lui-même; ou bien il devient l'origine du virus, en altérant les humeurs organiques et en produisant des ptomaïnes toxiques.

L'auteur ne croit pas à la première hypothèse, à cause des cas foudroyants développés au bout d'une demi-heure d'incubation (faits de Drasche), qui ne permettent pas d'admettre une multiplication si rapide d'un micro-organisme. Au contraire, on peut très bien supposer que le ferment ait développé en ce court espace de temps une altération humorale généralisée, indépendante de sa pullulation propre. Le virus cholérique et le microbe infectieux seraient donc deux choses différentes. Les déjections cholériques sont dans un grand nombre de cas le véhicule du virus, mais elles n'ont pas toujours une expansion infectieuse, et c'est ce qui explique comment certaines villes jouissent d'une immunité presque absolue, comme Versailles, Lyon et Birmingham.

Ls bacille-virgule se rencontre en effet dans presque toutes les évacuations cholériques, mais il est mélangé à d'autre microbes, et il n'est nullement démontré qu'il soit véritablement l'agent virulent contagieux. D'autre part, le mucus intestinal renferme des corpuscules lymphatiques qui ne tardent pas à se désintégrer, à se liquéfier, et dans leur intérieur on trouve de très petits éléments bacillaires droits, bien inférieurs comme dimensions aux bacilles-virgules. Ni les uns ni les autres ne semblent être le contage cholérique.

III. — Relations d'expériences faites avec des cultures de bacilles-virgules. Les injections directes du liquide de culture dans l'intestin d'animaux n'ont déterminé aucun phénomène irritatif, et pas la moindre trace de diarrhée : les animaux ne s'aperçoivent même pas de l'opération.

Comme conclusion, l'auteur n'ose pas se prononcer d'une façon absolue sur la spécificité cholérigène du bacille-virgule; sa présence presque constante dans les déjections des cholériques est une présomption, mais non une certitude, et il se pourrait que le petit bacille droit décrit par Klein eût autant de titres que le bacille-virgule à donner la maladie.

L'auteur croit que le bacille-virgule n'infecte pas l'organisme par voie d'inhalation : il s'appuie sur ce fait que dans son laboratoire il a vu se faire spontanément des cultures de bacilles sur la gélatine sans introduction spéciale des germes dans les ballons Pasteur. Il fallait donc que l'air ambiant fût saturé de ces organismes, et cependant l'auteur l'a toujours respiré sans inconvénient.

IV. — A propos du bacille de Koch, l'auteur fait connaître les très curieuses recherches des médecins anglais pendant l'épidémie de 1849. Il ressort de cette revue rétrospective que Brittan avait vu et décrit des corpuscules semi-lunaires et courbes rencontrés constamment dans les déjections cholériques et dans les vomissements, et que ces corpuscules ne se voyaient jamais dans la diarrhée des typhiques. Budd, dans son *Traité sur le choléra malin*, avait expressément reconnu la spécificité de ces organismes et démontré leur présence dans l'eau qui servait à l'ali-

mentation publique dans les districts contaminés. L'auteur reproduit, d'après une photographie, les corpuscules de Brittan et de Budd, en les mettant en regard avec les planches de Koch, et il est en effet impossible de n'être pas frappé de leur étroite analogie. Il est donc bien probable que c'est le bacille-virgule qui avait été déjà vu en 1849 par les médecins anglais, et, ce qu'il y a de plus remarquable, c'est qu'il avait déjà été regardé, dès cette époque, comme l'agent infectieux du choléra.

V. — Travail de contrôle très soigné, dans lequel l'auteur analyse et discute tous les documents parus sur le bacille-virgule, refait les expériences de Koch et démontre l'analogie, mais la non-identité des bacilles en virgule isolés par Finkler, Prior et par Klein. Ses conclusions sur la valeur du bacille sont entièrement confirmatives de celles de Koch.

VI. — L'auteur rapporte que des bacilles en virgule ont été signalés dans la bouche dès 1879 comme cause de la carie dentaire par Johnsson; on les avait considérés comme des variétés du spirille commun dans la salive. Après le mémoire de Koch sur le bacille-virgule du choléra, Lewis admet l'identité de ces deux ferments, celui de la bouche et celui de l'intestin. L'auteur revient sur cette question et indique un procédé, grâce auquel il a pu faire des cultures de ce bacille dans la gélatine; mais ces cultures offrent quelques particularités spécifiques. Elles liquéfient la gélatine avec plus de rapidité que le bacille cholérique; 24 heures après, elles forment des colonies arrondies, grisâtres, entourées d'une bordure noirâtre. En 36 heures, toute la gélatine est liquéfiée. L'auteur croit donc qu'il s'agit d'une espèce particulière de bacille-virgule, distincte de celle de l'intestin : ce n'est pas non plus l'organisme trouvé par Finkler et Prior : on ne saurait donc arguer de la préséance de ces organismes trouvés dans la salive et dans la carie dentaire pour infirmer la découverte de Koch; ce sont des ferments analogues, mais non identiques.

VII. — Le but de l'auteur est de démontrer que les bacilles-virgules sont plutôt le résultat que la cause du choléra : il admet qu'ils existent dans tous les intestins, mais en quantité insignifiante et que ce sont les conditions particulières de l'intestin créées par le choléra qui favorisent leur pullulation. L'expérience sur laquelle il se fonde pour soutenir cette opinion est la suivante : il prend un singe qu'il purge avec de l'huile de ricin; le lendemain, il lui ouvre le ventre, il isole une anse intestinale entre deux ligatures, au voisinage de l'iléon, et injecte dans l'intestin ainsi isolé une seringue de Pravaz de sulfate de magnésie. L'animal est sacrifié 48 heures après, et voici ce que l'on trouve : l'anse intestinale est injectée, pleine d'un liquide brunâtre, l'épithélium est détaché. Le contenu du mucus et du liquide intestinal fourmille de bacilles-virgules tout à fait identiques à ceux du choléra. Ce sont donc les mauvaises conditions d'irritation intestinale qui provoquent le développement du bacille. H. R.

VIII. — L'auteur pense que le choléra est un empoisonnement chimique qui attaque les centres nerveux du sympathique. Les liquides de l'estomac et de l'intestin ont été recueillis et conservés dans l'alcool à 80°, puis, par le traitement éthéré, chloroformique et amylique, on obtint trois ptomaïnes, qui ne semblent pas se différencier entre elles, mais qui se

distinguent parfaitement des alcaloïdes végétaux. La plus grande quantité a été fournie par le traitement amylique. Cette ptomaïne est soluble dans l'eau et se présente au microscope en prismes allongés différemment groupés.

Le maximum de la virulence existe dans la ptomaïne obtenue récemment; mais après quelques jours elle perd son activité, car elle absorbe l'acide carbonique de l'air. Chez les animaux elle détermine à hautes doses des phénomènes nerveux, sans symptômes gastro-intestinaux; à faible dose, c'est le contraire.

Un demi-centigramme injecté dans la jugulaire d'un gros lapin a donné lieu à des phénomènes nerveux caractérisés par les contractions des membres et de la tête, lesquelles alternaient avec un affaiblissement te que l'animal ne pouvait plus se tenir sur ses pattes; quelquefois un vomissement jaunâtre unique, et puis émission constante et abondante d'urines et de fèces, cyanose de la peau, abaissement de la température; mort au bout de 8 à 12 heures. A la dose de 3 à 4 centigrammes, convulsions toniques et cloniques, opisthotonos et mort au bout de 2 à 3 minutes au plus.

Chez les grenouilles, le cœur s'arrête en systole au bout de 10 minutes et ne se contracte plus sous l'influence de l'électricité.

Chez les chiens, une injection veineuse de 2 milligrammes 1/2 ou 3 produit les faits suivants : après 6 à 10 minutes durant lesquelles l'animal est souvent inquiet, il se manifeste une selle solide, suivie bientôt de fèces diarrhéiques séreuses accompagnées de vomissements, de ténesme et de contractions du train postérieur ; un peu d'urination seulement 5 ou 6 heures après, et au bout de 24 heures l'animal est rétabli. Chez les animaux qui ont succombé, l'autopsie a fait constamment trouver des plaques hyperémiques sur les muqueuses gastrique et intestinale. L'auteur annonce qu'il continue ses recherches. BAZILE FÉRIS.

IX à XVI. — D'après les rapports dont on trouvera plus loin les extraits, les conditions nécessaires à une expérimentation aussi délicate, observation minutieuse, rigueur scientifique, semblent avoir été oubliés par J. Ferran. Les résultats désastreux qui ont suivi quelques-unes des applications de sa méthode de vaccination ont vite refroidi l'enthousiasme exagéré qui avait salué la publication de ses premières tentatives. Aussi nous bornerons-nous, après avoir énuméré dans les titres les sources principales où le lecteur pourra trouver l'analyse détaillée de ces recherches, à résumer sommairement les indications du procédé de culture et d'injection, telles qu'elles ont été présentées à l'Académie des sciences.

A. C.

L'auteur se sert de cultures de bacillus-virgule ayant pour origine des germes qui procèdent directement des selles d'un cholérique, et pour lesquelles on obtient le maximum de virulence en ensemençant dans du bouillon très nutritif et légèrement alcalin, l'incubation à l'étuve (37°) étant faite juste pendant le temps nécessaire pour rendre trouble le bouillon. L'injection, dans la région du triceps brachial, chez l'homme, de 8 gouttes de cette culture, ne produit que de légers accidents locaux, si l'injection n'est faite que d'un côté ; quand on injecte un demi-centimètre cube dans chaque bras, les symptômes locaux s'accentuent et des symptômes généraux apparaissent : réfrigération, crampes, vomisse-

ments, évacuations fréquentes, qui n'arrivent pas cependant à la vraie diarrhée du choléra. Le tout cesse au bout de 24 à 36 heures, sans intervention thérapeutique. Si 8 jours après cette première injection, on la répète sur le même sujet, à même dose, les symptômes généraux ne se montrent plus, et les symptômes locaux sont très peu accentués. La première inoculation donnerait donc une immunité relativement à la seconde. Ayant fait l'application de ces expériences à la prophylaxie du choléra, l'auteur annonce « que les résultats obtenus sont surprenants et qu'il a conquis la manière de couper brusquement la courbe de la mortalité d'une épidémie de choléra.... Le meilleur vaccin est le plus virulent, c'est-à-dire celui qui produit un nombre plus considérable de cas de choléra expérimental parmi les inoculés.... La dose que j'emploie à tous les âges, à partir de deux ans, est celle d'un centimètre cube dans chaque bras.... Trois inoculations sont nécessaires pour obtenir une profonde immunité; j'en fais une tous les 5 jours à la dose de 2 centimètres cubes, une dans chaque bras, ce qui fait un total de 6 centimètres cubes de culture virulente. Le microbe ne se reproduit pas dans le tissu cellulaire, et son action prophylactique est due, selon moi, à une sorte d'accoutumance de l'organisme à la substance active diffusible apportée par le microbe... Les périls de l'invasion et de la mort commencent à disparaître 5 jours après la vaccination, et les garanties d'immunité augmentent avec les vaccinations successives.... L'élimination de la substance active produite par le microbe et faite par le lait des nourrices donne lieu, chez les nourrissons, à un choléra expérimental toujours sans gravité.... On ne peut pas encore préciser le temps de la durée de l'immunité, mais, nonobstant, on peut déjà fixer un minimum de deux mois. »

M. D.

XVII. — Capitan expose avec beaucoup de netteté, dans ces revues critiques, les principales objections à faire aux recherches de Ferran, il montre les conditions défectueuses de l'expérimentation et résume les documents nombreux publiés par les collègues et amis du médecin espagnol.

A. C.

XVIII. — L'enquête entreprise par l'auteur, assisté de ses élèves Charrin et Albarran, n'a fourni que des résultats fort incomplets, en raison de l'insuffisance des moyens de contrôle qui ont été mis à sa disposition. Il n' a pu avoir communication des moyens par lesquels Ferran prétend obtenir l'atténuation du virus cholérique; il n'a pas pu davantage examiner le liquide d'inoculation en dehors du laboratoire du médecin espagnol. Le liquide vaccinal qui lui a été présenté dans ces conditions est jaune, louche, très trouble, et rappelle l'aspect des vieilles cultures. Avec un éclairage médiocre et un grossissement insuffisant (700 à 800 diamètres), Brouardel y a trouvé de nombreux points arrondis, quelques bacilles ressemblant plus ou moins au bacille-virgule et enfin de petits bâtonnets rectilignes. D'après Ferran, les points arrondis passeraient par des grossissements successifs, et arriveraient à former les corps mûriformes desquels s'échappe un jet de protoplasma constituant les spirilles. Mais il n'y avait dans le laboratoire aucune préparation permettant de voir ces corps mûriformes. Il n'y avait non plus aucune installation permettant de pratiquer des expériences sur les animaux. Au dire de Ferran, après les inoculations sous-cutanées d'un maximum de 2 centimètres cubes, les co-

bayes meurent en quelques heures en présentant de l'hypothermie et des frissonnements, sans diarrhée ni vomissements.

Quant aux personnes inoculées á raison d'un centimètre cube à chaque bras, elles présentent dans les 24 ou 48 heures qui suivent des phénomènes de malaise mal déterminés, de la courbature, quelques variations thermiques, mais ni vomissements ni diarrhée, rien enfin qui se rapproche des symptômes du choléra. Dans le sang de ces personnes on ne découvre ni spirilles ni virgules. Dans les déjections il n'y a pas de bacilles-virgules. Ce qui paraît certain, c'est que les inoculations sur l'homme sont inoffensives. Mais l'absence de statistique sérieuse ne permet pas d'établir si, oui ou non, elles exercent une action prophylactique quelconque.

XIX. — *Conclusions :* 1° Le bacille-virgule de Koch existe dans les liquides intestinaux (deux autopsies) et dans les selles recueillies à Valence.

La nature de l'épidémie que les bulletins officiels désignaient sous le nom d' « Enfermedad sospechosa » a pu être établie avec certitude, grâce á l'examen bactérioscopique.

2° Les liquides vaccinaux du docteur Ferran sont constitués par des cultures du microbe cholérique.

3° Un liquide servant de second vaccin contenait le bacille-virgule à l'état de *culture pure.*

Les microbes y étaient rares et de petite dimension; leur faible prolifération était due, selon toute apparence, au peu de richesse en matériaux nutritifs des milieux de culture ou à la présence dans le liquide de substances nuisibles à leur développement.

Les vaccins ne contenaient aucune des formes nouvelles de développement que Ferran a décrites.

4° Les corpuscules arrondis que Ferran prend pour des *spores* sont très probablement inorganisés. En tout cas, il n'a pas été établi que ces granulations ont les fonctions biologiques reconnues jusqu'ici aux germes résistants des bactéries.

5° Les *corps mûriformes* décrits par Ferran, et qu'il croit provenir des spores, sont des masses cristallines, comme le prouvent leur solubilité dans les acides, leurs formes caractéristiques et leurs dimensions extraordinaires.

6° Les injections sous-cutanées des liquides vaccinaux de Ferran, á la dose de 2 centimètres cubes, provoquent chez l'homme des phénomènes d'irritation locale et une légère réaction fébrile, bien différents du syndrôme cholérique.

Ils diffèrent aussi notablememt des symptômes de cholérisation décrits par Ferran dans sa note à l'Académie des sciences de Paris (13 avril 1885), et qu'il a provoqués chez l'homme par injection hypodermique d'une culture virulente en bacille-virgule à dose moindre.

7° Chez les sujets soumis á la réinoculation, les phénomènes évoluent avec les mêmes caractères, dans la majorité des cas, que chez ceux inoculés pour la première fois. Il n'est pas démontré que, dans les cas où ces phénomènes étaient moins prononcés, le mode d'inoculation ou la composition du liquide vaccinal ne pourraient pas expliquer la différence dans les résultats.

8° Le sang des inoculés (six cas), puisé dans les tissus enflammés

et dans la circulation générale, offre les caractères du sang normal; il ne contient pas de micro-organismes.

9° Il reste à démontrer que les troubles locaux produits par l'injection du vaccin sont dus à une action spécifique du microbe sur les tissus et non à la bile dont Ferran additionne ses cultures. Ferran n'a pas consenti aux expériences de contrôle nécessaires pour établir ce point.

10° Les inoculations, dans les cas que j'ai pu observer, n'ont pas eu d'effets nuisibles.

11° Il reste douteux que les vaccins de Ferran soient des cultures atténuées. Les procédés qui serviraient à les obtenir me sont inconnus, Ferran ayant refusé de me les indiquer avant qu'ils n'aient été communiqués à l'Académie des sciences de Paris.

12° Mes expériences montrent qu'une atténuation notable se produit spontanément dans les cultures faites en série, sous l'influence de causes mal déterminées.

13° Les statistiques recueillies, sans contrôle jusqu'ici, et uniquement par les soins des partisans du système prophylactique de Ferran, ne sont ni assez complètes ni assez précises pour se faire un jugement quelconque quant à l'efficacité des inoculations.

14° L'expérimentation sur les animaux, seule base d'un système prophylactique comme celui que préconise Ferran, doit avoir pour but d'établir que les injections sous-cutanées confèrent l'immunité contre l'infection par les diverses voies.

Ces expériences doivent demontrer que l'injection sous-cutanée protège non seulement contre des réinoculations à dose mortelle par la même voie, mais encore contre l'infection par les voies digestives. A. C.

XX. — *Conclusions :* 1° J. Ferran n'a pas recours à toutes les précautions indispensables, quand il pratique les injections sous-cutanées.

2° Les effets locaux et généraux de l'inoculation ne rappellent pas les symptômes du choléra, mais donnent l'idée d'une légère septicémie, analogue à certaines formes traumatiques.

3° Le sang des inoculés ne contient pas de bacilles-virgules.

4° La vaccination, chez l'homme, ne préserve pas du choléra; les statistiques présentées manquent de contrôle sérieux.

5° Le vaccin de J. Ferran n'est pas un liquide de culture de composition invariable; tantôt c'est une culture de bacilles-virgules impure; tantôt un liquide contenant des masses de micro-organismes, tandis que le bacille-virgule est presque absent.

6° L'injection ne préserve pas contre l'ingestion stomacale de culture pure de bacilles-virgules.

7° Ce vaccin, injecté à la dose de plusieurs centimètres cubes chez des cobayes, ne produit aucun phénomène cholériforme; suivant sa composition et suivant la dose injectée, il produit tantôt des phlegmons suivis d'eschare et tantôt reste inoffensif. Cultivés isolément, les micro-organismes qu'on y découvre possèdent des propriétés pathogènes différentes. A dose assez considérable quelques-uns occasionnent la mort. A. C.

XXI. — 1° Le tissu conjonctif sous-cutané constitue pour le virus cholérique un milieu peu favorable à la prolifération de l'agent pathogène et au développement d'une infection maligne; ce tissu est par conséquent

très propre à servir de porte d'entrée au virus pour la production d'une infection atténuée, capable de jouer un rôle préventif.

2° Le peu de ressemblance qui existe entre les caractères de cette infection rudimentaire et ceux du choléra vrai ne peut pas être invoqué pour nier, *a priori*, la nature cholérique des légers symptômes produits par l'inoculation et refuser tout fondement à la prétention de communiquer ainsi l'immunité contre la maladie naturelle.

L'efficacité de l'inoculation préventive est rendue probable par l'exemple de faits analogues, aussi nombreux que bien établis, qui sont exploités avec le plus grand succès en médecine vétérinaire.

3° Dans les cas connus qui concernent surtout la péripneunomie et le charbon emphysémateux, l'infection virulente par les agents pathogènes proprement dits est indéniable et intervient seule pour faire naître l'immunité. Les matériaux solubles contenus dans la très minime quantité de liquide inoculé n'exercent pas d'action directe sur les résultats de l'inoculation. Il n'y a pas lieu de supposer que les ptomaïnes des bouillons de cultures cholériques jouent un rôle plus actif, malgré la quantité relativement grande de bouillon injecté dans les inoculations de J. Ferran.

4° L'immunité plus solide qui, d'après les statistiques de J. Ferran, serait conférée par une deuxième et surtout une troisième inoculation massive, ne prouve rien en faveur de cette intervention du poison soluble. Il est établi, en effet, dans la science, que la même culture atténuée, inoculée à diverses reprises en très petites quantités, augmente chaque fois l'immunité contre l'action du virus fort, grâce au multiple travail d'infection ébauchée résultant de l'inoculation.

5° La tolérance de l'organisme de l'homme pour les grandes masses de bouillon infectieux doit probablement s'expliquer, non seulement par les conditions défavorables du milieu dans lequel on fait pénétrer ce bouillon, mais encore par la faible activité virulente de celui-ci. Il est possible, en effet, que les cultures de bacille-virgule en bouillon stérilisé, faites dans les conditions ordinaires, soient naturellement atténuées. Rien ne serait plus facile, s'il en était besoin, que de les atténuer davantage par le chauffage.

Le bacille-virgule appartient en effet à la catégorie des microbes pathogènes, dont l'activité est très bien modifiée par la chaleur.

6° La quantité de matière virulente à inoculer doit être réglée d'après l'activité de cette matière. Il est donc possible que les liquides de J. Ferran soient si peu actifs qu'il y ait nécessité de les injecter à la dose d'un centimètre cube. Mais tout porte à croire que les inoculations seraient tout aussi efficaces, si elles étaient pratiquées seulement avec deux ou trois gouttes de liquide bien préparé.

7° Il y a peu de chances de créer des foyers d'infection par la pratique des inoculations préventives anticholériques, parce que les sujets inoculés ne sont pas dans les conditions favorables à la production et à la dissémination des germes malins.

8° Les données scientifiques actuelles autorisent donc, en principe, les tentatives d'inoculation préventive du choléra par l'injection de liquides de culture du bacille-virgule dans le tissu conjonctif sous-cutané.

Elles expliquent l'inocuité de ces inoculations.

Mais elles ne permettent pas d'en affirmer *a priori* l'efficacité. Des

expériences comparatives rigoureuses sont nécessaires à cette démonstration.

9° De l'ensemble de cette étude, il résulte qu'il y a lieu de suivre avec intérêt les inoculations de J. Ferran, malgré le caractère peu scientifique de ses recherches antérieures et de sa pratique actuelle.

Il y a lieu aussi de contrôler les résultats qu'il a annoncés. A. C.

I. — Histoire du choléra aux Indes Orientales avant 1817, par J. SEMMELINK (*In-8°, Utrecht et Bruxelles*, 1885).

II. — Rapport sur l'épidémie de choléra en France pendant l'année 1884, par MAREY (*Bull. Acad. de méd., XIV, n°* 35).

III. — Sur l'anatomie pathologique du choléra, par STRAUS (*Progrès méd.*, 29 *novembre* 1884 *et suiv.*).

IV. — Recherches expérimentales sur le choléra, par P. GIBIER et van ERMENGEM (*Bull. Acad. de méd. XIV, n°* 33, *et Acad. des Sc.*, 17 *août* 1885).

V. — Contribution à la morphologie du bacille du choléra de Koch, par J. RAPTCHIEVSKI (*Vratch, n°* 28, 1885).

VI. — Recherches sur le choléra, expériences d'inoculation, par NICATI et RIETSCH (*Revue de méd., juin* 1885).

VII. — Atténuation du virus cholérique, par NICATI et RIETSCH (*Acad. des Sc.*, 13 *juillet* 1885).

VIII. — Recherches anatomiques et expérimentales sur le choléra épidémique, par DOYEN (*Thèse de Paris* 1885, *et Arch. de physiologie, août* 1885).

IX. — Recherches expérimentales sur le choléra, par BOUCHARD (*Congrès de Grenoble ; Lyon méd.* 30 *août* 1885).

X. — De la bronchopneumonie cholérique, par A. DUBREUILH (*Thèse de Paris* 1885).

XI. — Zur Pathologie und Therapie der Cholera, par MARAGLIANO (*Cent. f. d. med. Wiss.*, 15 *novembre* 1884).

XII. — Traitement prophylactique et curatif du choléra asiatique, par DUBOUÉ (de Pau) (*Broch. in-8, Paris* 1885).

XIII.— Des injections intra-veineuses de sérum artificiel dans le traitement de la période asphyxique du choléra, par ROUVIER (*Bull. de thérap., novembre* 1885).

I. — Remarquable étude historique des maladies épidémiques qui ont sévi dans les Indes avant le XIXe siècle et qui ont pu être assimilées au choléra. L'auteur a dépouillé une quantité de documents et il arrive à cette conclusion qu'on n'a aucune preuve, qu'avant 1817 le choléra ait régné aux Indes à l'état épidémique ; que le choléra indien avant 1817 et celui qui s'est montré après cette date, sont deux états morbides de nature essentiellement différente et qu'ils n'ont d'autre analogie qu'une certaine similitude dans l'appareil symptomatique.

L'auteur pense que le choléra nostras pourrait, dans des circonstances hygiéniques défavorables, se transformer en choléra asiatique ; dans la zone torride, il arrive, en effet, à faire d'effroyables ravages dans la population indigène, misérable et privée de secours médical. A. C.

II. — Ce rapport peut se résumer ainsi :

En général, le choléra n'est apparu dans une localité que provenant d'un pays contaminé antérieurement. Il paraît se développer avec moins d'intensité dans les centres populeux que dans les petits villages ; la malpropreté et surtout la mauvaise habitude de projeter partout les déjections humaines est la cause dominante de la propagation de la maladie.

Le principe du choléra est souvent transporté par les eaux souillées des déjections d'un malade, et c'est d'ordinaire en buvant ces eaux qu'on prend la maladie. Les orages qu'on voit si souvent précéder ou aggraver les épidémies agissent en souillant les eaux potables dans lesquelles sont entraînées les immondices répandues sur le sol. Aussi les villes où les eaux sont bien captées offrent-elles moins de prise à l'extension du fléau.

Quelle que soit, d'ailleurs, la localité, les quartiers les plus dangereux à habiter en temps de choléra sont ceux qui occupent les parties basses, voisines des rivières, et ceux où l'on consomme de l'eau dont la pureté n'est pas certaine.

La désinfection des maisons habitées par des cholériques, celle de leurs déjections, des linges ou objets souillés est une mesure préventive indispensable. Il faut la prendre dès que les premiers cas sont constatés, alors même que ces cas paraissent peu graves.

Les chances de contracter le choléra paraissent accrues par la vieillesse, l'épuisement, la première enfance. Mais elles le sont aussi par l'alcoolisme, la malpropreté générale et la négligence des soins corporels. Une première atteinte du mal ne semble pas conférer l'immunité, puisque des récidives assez nombreuses se sont produites même pendant la courte durée d'une épidémie. G. DECAISNE.

III. — Les altérations macroscopiques du choléra ont été bien étudiées dès 1832. Straus insiste sur la matière blanchâtre crémeuse qui baigne et tapisse les parois de l'intestin grêle, dans toute sa longueur ; dans un cas cependant à marche suraiguë il a vu l'enduit crémeux caractéristique limité aux parties supérieures, tandis que la partie de l'iléon au voisinage de la valvule contenait des matières fécaloïdes ordinaires. Straus en conclut que l'infection cholérique de l'intestin s'effectue dans le sens du cours des matières.

Une altération constante de l'intestin, c'est la disparition du revêtement épithélial ; c'est aussi l'infiltration nucléaire du tissu adénoïde de la muqueuse et des villosités. On peut donc caractériser la lésion du choléra comme une entérite aiguë desquamative.

Straus maintient, contre l'allégation déjà ancienne de Cohnheim, que l'existence de l'exfoliation intestinale pendant la vie n'est point un phénomène *post mortem*.

L'urine des malades morts pendant la période algide est trouble, puriforme, et renferme des masses de cellules vésicales desquamées isolément ou en plaques ; souvent aussi on y rencontre des spermatozoïdes. Les préparations histologiques des reins montrent que, même dans les cas aigus, durant 24 à 36 heures, les limites des cellules sont effacées, que la striation de Heidenhain n'existe plus ; la masse protoplasmique est gonflée et renferme des grumeaux irréguliers, c'est une sorte de tu-

méfaction trouble ; la lumière des conduits sécréteurs est presque complètement effacée, le bord libre des cellules sécrétantes fragmenté et comme rongé. Quand la maladie a duré plus longtemps, le protoplasma commence à se réduire en une poussière granuleuse, il est rare de trouver les boules colloïdes décrites par Cornil dans la néphrite cantharidienne. Cette poussière granuleuse ne consiste pas en matière graisseuse, mais sans doute est de nature hématique. Le noyau des cellules sécrétantes est refoulé vers la portion basale, tuméfié et comme creusé de vacuoles ; les matières colorantes continuent à le colorer, mais avec une moindre énergie ; dans les points où la lésion est plus avancée, on voit quelques cellules totalement granuleuses et sans noyau apparent ; mais ces altérations sont clairsemées. Les tubes droits de l'irradiation médullaire sont beaucoup moins atteints et en général l'épithélium est intact ; on ne rencontre nulle part de cylindres hyalins, colloïdes. Les lacunes intertubulaires renferment des capillaires sanguins énormément distendus, mais la diapédèse des hématies est rare ; souvent on voit dans ces espaces des masses colorées en gris pâle par l'acide osmique, amorphes, ou finement granuleuses, ce sont des exsudats albumineux dus à un véritable œdème aigu du rein ; mais jamais ils ne sont mêlés de leucocytes ; ce n'est donc pas un œdème vraiment inflammatoire. Dans les glomérules de Malpighi l'endothélium de revêtement est en partie desquamé ; les capillaires distendus, l'espace sous-capillaire rempli par un exsudat albumineux coagulé.

Dans les pyramides, les tubes collecteurs sont les uns privés d'épithélium, et à lumière vide, ou obstruée par une masse homogène formée d'albumine coagulée, les autres revêtus d'une couche épithéliale décollée de la membrane propre par un exsudat albumineux, qui s'est interposé entre la paroi et la partie basale des cellules, les autres tapissés par des cellules abrasées au niveau du noyau, d'autres enfin intacts. Quelques-uns sont remplis et comme injectés par des globules rouges.

Dans les tubes de Henle l'épithélium de la branche grêle est souvent détaché, celui de la branche ascendante presque toujours desquamé et réduit en détritus granuleux.

Chez les individus morts pendant la réaction typhoïde, les lésions sont du même ordre, mais beaucoup plus profondes. Straus admet que les lésions provoquées dans le rein par le choléra, si rapides et si profondes se rapprochent de ce que Cohnheim appelle la nécrose de la coagulation et s'expliquent en partie par l'ischémie artérielle passagère, suivie du retour de l'irrigation sanguine. Elles sont donc de nature manifestement passive, nécrosique, et présentent une remarquable unité ; l'ischémie étant incomplète, il faut attribuer le rôle essentiel à l'altération du sang lui-même, quelle qu'en soit sa nature.

Le sang est noir foncé, les globules rouges sont pâles, diffluents, les globulins très nombreux ; le sérum est légèrement, mais nettement acide. — On y voit des corpuscules extrêmement petits, peu réfringents, souvent allongés, et étranglés au milieu, donnant l'idée de micro-organismes ; ce ne sont, d'après Malassez, que des portions d'hématies étirées et fragmentées.

L'étude du sang au point de vue microbien est absolument négative ;

il en est de même pour les viscères fermés, foie, rate, poumon, rein, ganglions. H. LEROUX.

IV. — Les auteurs se sont attachés à prouver que les injections sous-cutanées de cultures du bacille-virgule ne préservent pas du choléra les animaux sur lesquels on expérimente.

Une série de cobayes reçoit en injection sous-cutanée 2 centimètres cubes de culture virulente du bacille-virgule. Trois semaines après, les accidents qu'elle avait déterminés ayant complètement disparu, on injecte à ces mêmes animaux du liquide de culture, soit dans l'estomac par les voies naturelles, soit dans le duodénum après incision des parois abdominales : les animaux meurent avec les symptômes cliniques et anatomiques du choléra. Dans les liquides intestinaux on trouve une énorme quantité de bacilles caractéristiques. DECAISNE.

V. — Raptchiévski conclut de ses recherches que les virgules de Koch se multiplient toujours par simple division et jamais au moyen de spores; que dans les cultures récentes où les matériaux nutritifs abondent et qui ne sont pas encore saturées par les produits de l'activité vitale des microbes, on n'observe jamais ni le gonflement des spirilles, ni la formation de corps sphériques homogènes ou mûriformes (oogones et oosphères de Ferran); ces corps n'apparaissent que quand la plus grande partie de la gélatine de culture a été liquéfiée et que des changements chimiques profonds se sont produits dans le substratum nutritif (les cultures prennent alors une odeur caractéristique). C'est pourquoi Raptchiévski croit que les corps sphériques (oogones et oosphères), loin d'être — comme le prétend Ferran — des organes de multiplication des bacilles, ne sont que des *formes dégénératives* que revêtent les bacilles sous l'influence des conditions défavorables du milieu où elles sont astreintes de vivre. RICKLIN.

VI. — Les inoculations ont été faites avec divers liquides; mais les seules qui aient réussi avaient été pratiquées à l'aide de produits contenant des bacilles-virgules : matières intestinales, bile, liquides de culture. Tous les animaux ne peuvent être inoculés par la même voie. Ainsi, le cobaye est susceptible d'être inoculé par la voie stomacale et plus sûrement par injection directe dans l'ampoule duodénale. Le chien peut être inoculé par injection dans le canal cholédoque. Le sang des cholériques injecté sous la peau et dans les veines produit des accidents rapides, attribuables à un empoisonnement.

Dans une expérience d'injection intraveineuse, cependant, l'animal mourut après trois jours de maladie, de sorte que les auteurs font des réserves sur la question de savoir si le sang peut être porteur du contage. C. GIRAUDEAU.

VII. — Tandis que les cultures fraîches, inoculées dans le tube digestif des cobayes, provoquent de la diarrhée suivie, du troisième au cinquième jour, d'un état subit d'algidité amenant la mort en quelques heures (expériences faites à la fin d'octobre dernier), ces mêmes cultures semblent aujourd'hui être devenues complètement inertes, car elles ne donnent plus la mort et ne provoquent même plus la diarrhée. Le bacille-virgule s'atténue donc dans des conditions où sont faites les cultures, c'est-à-dire dans le bouillon ou la gélatine nutritive, par une température moyenne de 20 à 25 degrés. — Quant aux expériences par injections sous-cuta-

nées, il n'y a pas lieu de rechercher pour elles une atténuation, car des cobayes supportent ainsi de notables quantités de virus, même à l'état absolument frais. M. DUVAL.

VIII. — Le premier chapitre contient l'étude des lésions observées par l'auteur dans sept autopsies pratiquées quelques heures après la mort, dans des cas rapides ou foudroyants. Il a constaté tout d'abord que les lésions de l'intestin sont souvent, pour leur intensité, sans rapport avec la durée de la maladie; ces cas très rapides se reconnaissent en examinant sous l'action d'un filet d'eau la muqueuse de l'iléon; on y trouve une couche de mucus crémeux très adhérente aux parties sous-jacentes, formée par les débris du revêtement épithélial, et même d'une certaine épaisseur de la couche sous-jacente. Partout la muqueuse est infiltrée d'éléments embryonnaires. Cette couche muqueuse fourmille de bacilles-virgules; on les retrouve dans l'épaisseur de la muqueuse et de la sous-muqueuse. L'auteur colorait les couches de l'intestin à chaud, à 45° pendant une demi-heure avec une solution concentrée de violet 6 B., les portait dans une solution de sublimé à 1 0/0 pendant une minute, puis les décolorait par l'alcool absolu et l'essence de girofle.

Dans le foie, l'auteur a observé une lésion portant sur les vaisseaux et consistant en une zone amorphe granuleuse comprise entre la paroi et les globules ou au milieu de ceux-ci; cette zone qui se retrouve dans les vaisseaux artériels ou veineux, est composée de débris d'hématies, de globules blancs et de plaquettes endothéliales. L'auteur croit qu'il s'agit de coagulations intra-vasculaires.

L'examen de coupes du foie et du rein lui a permis de découvrir des bacilles-virgules au milieu de bactéries et de bacilles courts ou longs; ces micro-organismes existaient soit libres au milieu des hématies, soit dans l'intérieur ou à la surface des globules blancs; tantôt dans les capillaires, plus souvent dans des vaisseaux d'un certain calibre.

Des cultures faites avec des fragments de viscère ont donné des résultats positifs.

Pour obtenir sur des plaques des colonies bien isolées, Doyen dilue la parcelle du liquide à examiner dans un tube de gélatine liquéfiée, ensemence un 2e tube avec le 1er, l'agite à son tour et ensemence un 3e avec le 2e — l'un de ces 2 tubes est versé sur une plaque où la gélatine se solidifie, et les colonies se développent à 20° ou 25°. Au bout de 24 heures, on voit des petits points opaques; au bout de 30 heures les colonies superficielles se composent d'un point central plus compact, d'une zone périphérique plus claire et plus tard d'une zone granuleuse, liquéfiée. Cette propriété de liquéfaction de la gélatine appartient aussi au bacille du choléra nostras décrit par Finkler. — Doyen reconnaît que sur des coupes colorées fraîches ou desséchées il est impossible de distinguer ces deux bacilles.

Il est facile d'étudier sur une plaque une goutte de gélatine fertilisée et colorée avec une solution diluée de violet 6 B. Sur une culture de 2 à 3 jours, on remarque les virgules de Koch, des formes en S, des spirilles, tous mobiles, et agités de mouvements en spirale. Sur une série de cultures ensemencées depuis un temps qui variait de quatre mois à quelques heures, Doyen a suivi le développement morphologique du bacille; dans les premières heures de l'apparition des colonies, on ne remarque que des

virgules types et de petits éléments incurvés; bientôt beaucoup de virgules s'allongent et se contournent en S; il se produit alors vers le milieu un étranglement qui s'accentue, puis les deux virgules s'agitent et enfin se séparent; leur dimension commune est de 3 μ de longueur sur 1/2 à 1/3 μ d'épaisseur.

Au bout de 72 heures environ, sur les plaques, on voit paraître des formes nouvelles; la pellicule jaunâtre superficielle présente beaucoup de virgules et de spirilles; certains de ces éléments sont gonflés, et présentent des points clairs ou colorés, puis plus tard des sphères rondes plus colorées; ces boules se croisent et se substituent au bacille qui disparaît, et constituent des amas irréguliers, ou des éléments isolés, arrondis, ou ovales; parfois les virgules plus épaisses contiennent à une de leurs extrémités une sphère de 3 à 4 μ de diamètre, hérissée elle-même de sphères plus petites; l'auteur rapproche ces sphères et ces amas de ce que Ferran a décrit sous le nom de corps mûriforme.

Les cultures anciennes sur l'agar-agar offrent un aspect mixte de virgules tuméfiées et d'éléments ronds. Quatre plaques de gélatine ensemencées avec cultures agées l'une de 24 heures sur l'agar-agar, l'autre de plusieurs jours dans le bouillon, la 3e de 2 mois, la 4e de 4 mois dans la gélatine, donnèrent les 2 premières de très nombreuses colonies, la 3e 6 colonies, la 4e fut stérile. L'examen de la culture de 4 mois ne décelait plus que la présence des éléments arrondis, celle de 2 mois contenait quelques rares virgules qui étaient fort abondantes dans les cultures de quelques jours. L'auteur en conclut que les descriptions de Ferran ne se rapportent qu'aux phénomènes d'inoculation du bacille-virgule.

Les procédés de coloration confirmèrent les procédés de culture de différents âges.

Le meilleur microbicide pour le bacille-virgule est le sublimé qui très dilué à 1/100,000 en empêche tout à fait le développement dans le bouillon de culture, de même l'acidité légère du milieu de culture.

Dans ses tentatives d'inoculation du bacille-virgule, l'auteur n'a eu des résultats concluants que le jour où il a employé la méthode de Koch; l'injection duodénale de culture pure ne lui a donné que 4 morts sur 16 cobayes et 1 sur 6 chiens; avec le procédé de Koch il eut 14 morts sur 14 inoculations; une série d'injections péritonéales de teinture d'opium 2 fois plus concentrée, d'injections sous-cutanées montrèrent à Doyen que ces injections n'amènent aucun état de torpeur, que l'opinion de Koch n'est pas vraie quant à l'action de l'opium : c'est l'alcool seul qui détermine une torpeur voisine du coma. En pratiquant des inoculations par le procédé de Koch et en remplaçant la teinture d'opium par une quantité égale d'alcool à 60° il eut 11 succès sur 11 cobayes; quand l'alcool n'est pas injecté dans le péritoine en quantité suffisante pour provoquer le sommeil alcoolique, sur 9 cas, 9 survivent. Puis dans une autre série, Doyen employa l'injection stomacale d'alcool à 40° contenant en dissolution 5 0/0 de carbonate de soude, suivie une demi-heure ou 2 heures après d'injection de bacilles virgules; en variant les procédés il eut 13 succès sur 33 cobayes.

Chez les cobayes morts en moins de 24 heures, on trouve un état gluant du péritoine, l'intestin injecté, rétracté, couvert d'un enduit crémeux adhérent — plus tard cet enduit a été balayé par la diarrhée — le péritoine offre fréquemment une desquamation épithéliale qui ne contient pas de bacilles.

L'examen du liquide intestinal montre les bacilles très nombreux au bout de 3 à 4 heures dans la fin de l'iléon; pendant la vie on les retrouve dans la diarrhée. Des cultures faites sur 27 autopsies avec des fragments de foie et de reins ont donné 22 résultats positifs.

Des inoculations du bacille de Finkler sur des cobayes ont donné des résultats confirmatifs de ceux signalés par Koch.

En résumé l'auteur croit à la spécificité du bacille-virgule décrit par Koch. Ce microbe est assez fragile et subit souvent des formes d'involution stérile, ce qui explique la terminaison des épidémies.

Le défaut d'acidité du contenu stomacal, les troubles gastro-intestinaux et l'alcoolisme sont des conditions favorables à son développement. H. LEROUX.

IX. — 1° Le choléra peut être considéré comme une maladie infectieuse, à microbe;

2° Le microbe pathogène, quel qu'il soit, produit ou incite l'organisme humain à produire un poison morbide (poison cholérique);

3° L'agent pathogène du choléra ne peut pas habiter exclusivement la cavité intestinale. En effet, l'asepsie intestinale, produite à l'aide de l'iodoforme et de la naphtaline, appliquée dès le début du choléra, n'arrête pas l'évolution de la maladie, alors que dans une expérience *in vitro* une quantité minime de la préparation administrée aux cholériques empêche le développement des bacilles-virgules.

4° Le bacille-virgule n'est pas l'agent producteur du poison cholérique, parce qu'une injection considérable de culture pure, liquide et microbes compris, dans les veines d'un lapin, ne produit pas d'intoxication. Il en est de même lorsqu'on injecte le même liquide privé de ses microbes vivants par une forte élévation de température (50°, 60°, 100°). Dans ce dernier cas, l'animal survit le plus souvent. Au contraire, l'injection dans les veines d'un lapin des urines des cholériques produit un ensemble de symptômes qui rappellent ceux du choléra : diarrhée séreuse, opalescente, sans bacilles-virgules; albuminurie immédiate, anurie, hypothermie (33° à 34°) et mort entre 12 heures et 4 jours.

5° A l'intoxication cholérique s'ajoute une autre intoxication par poison normal (poison urémique) qui est suffisamment indiquée par le rétrécissement extrême de la pupille. A. C.

X. — Dubreuilh a eu l'occasion d'observer, tant à l'autopsie de cholériques morts à la période algide que sur d'autres ayant succombé pendant la période de réaction, des lésions très manifestes de broncho-pneumonie. Sur les cadavres des cholériques de cette dernière catégorie, la broncho-pneumonie s'observait dans la moitié des cas environ; elle était beaucoup plus rare lorsque les malades avaient été emportés très rapidement. Sur quelques cholériques, le diagnostic de l'inflammation pulmonaire avait pu être porté pendant la vie, un très petit nombre a guéri. Cette broncho-pneumonie présente comme caractères particuliers : la prédominance des lésions au niveau des culs de sac alvéolaires et des plus fines ramifications bronchiques, alors que les bronches d'un calibre supérieur à un demi-millimètre sont altérées; l'absence de noyaux péribronchiques; l'extrême abondance de la fibrine fibrillaire dans les alvéoles, dans les lymphatiques, dans les espaces interlobulaires. C. GIRAUDEAU.

XI. — Recherches faites à l'hôpital des cholériques de Gênes dans la dernière épidémie :

1° *Capacité respiratoire du sang chez les cholériques.* — On pourrait, *à priori*, expliquer les phénomènes asphyxiques, soit par une diminution de la capacité respiratoire du sang, soit par une diminution de la quantité d'oxygène absorbé. Maragliano s'est assuré que la première hypothèse n'est pas fondée et que l'asphyxie est due à un trouble circulatoire, imputable soit à l'épaississement du sang, soit à une perturbation de l'innervation vaso-motrice.

2° *Effets des injections sous-cutanées.*— De recherches nombreuses, Maragliano conclut que cette médication donne d'excellents résultats à condition d'être employée d'une manière méthodique ; il faut faire les injections toutes les quatre heures et ce en plusieurs points à la fois. Maragliano préconise une solution renfermant 3 0/00 de soude, d'iodure de sodium et de sulfite de sodium, à la température de 37 à 40° centigrades (1 litre à 1 litre 1/2 par séance).

3° *Autres médications.* — Contre la diarrhée, Maragliano recommande les lavements de tannin au 1/100e, à la température de 40° ; il conseille, en outre, les bains chauds de savon, les stimulants, tels que les injections d'éther, enfin la quinine et la strychnine par la voie hypodermique.

L. D.-B.

XII. — L'auteur a déjà indiqué (Voy. *R. S. M.*, XXIV, 486) le médicament qui lui semble le plus actif dans les diverses périodes du choléra : c'est le tannin employé dans le traitement prophylactique et dans le traitement de la période prodromique. Quand l'attaque de choléra est confirmée, il est une indication dominante : c'est de rétablir la circulation interrompue ; et le moyen le plus efficace est l'injection d'eau pure ou de sérum artificiel. Pour rendre l'absorption plus rapide, Duboué propose l'injection dans les voies aériennes par ponction de la trachée, la trachéocentèse. Il décrit le procédé et le mode opératoire. A. C.

XIII. — L'auteur a suivi la méthode de transfusion de G. Hayem (*R. S. M.*, XXV, 486) et a obtenu de cette pratique des résultats fort satisfaisants dans la période algide du choléra. Sur 55 malades soumis à ce traitement, il compte 18 succès. Le sérum qu'il emploie est composé d'après la formule de Hayem. L'appareil instrumental est très simplifié et réduit à un grand tube syphon.

L'auteur discute les indications de la transfusion, mentionne les effets de cette introduction de grandes quantités de liquide sur la circulation, la température, l'état général. Les faits qu'il a observés confirment les recherches de G. Hayem. A. C.

I. — Asiatic cholera; its prevention and treatment, par R. PRINGLE (*Brit. med. j., p.* 376, *août* 1885).

II. — Cholera and other zymotic diseases in their relations (Le choléra et les autres maladies infectieuses), par Henry PAINE (*Ib., p.* 381, *août* 1885).

I. — Mémoire intéressant, en raison de la compétence toute particulière de l'auteur, qui a exercé pendant 30 ans la médecine aux Indes dans les districts les plus frappés par le choléra.

1° *Mesures préventives concernant les localités.*

Les cordons sanitaires ne sont, pratiquement, d'aucune utilité; il en est de même de l'isolement et des quarantaines terrestres. La seule mesure utile est de faire inspecter soigneusement les voyageurs aux gares d'arrivée des trains, et de traiter tous ceux qui sont suspects dans un local spécial.

Les quarantaines maritimes, au contraire, sont fort utiles, mais pour cela il faut qu'elles soient efficaces sans être vexatoires. Ceci conduit à examiner la durée de l'incubation du choléra. D'après les faits observés par lui aux Indes, Pringle admet qu'un délai de 48 à 72 heures suffit pour cette période. Au bout de ce temps, on peut être presque sûr que les voyageurs non atteints n'auront pas la maladie, et par suite ne l'importeront pas.

Donc, voici ce qu'il y aurait à faire : Tout bâtiment venant de pays contaminés doit être inspecté par un médecin. S'il y a des cholériques, on doit les transporter et les soigner sur un vaisseau hôpital ; tenir en observation tous les cas suspects et renvoyer les autres passagers, si au bout de 48 heures ils sont indemnes de toute diarrhée.

Indépendamment de ces moyens, l'auteur iusiste sur la nécessité de l'hygiène, de l'eau pure, de l'absence d'encombrement, de la désinfection rapide des habitations contaminées. Toutes ces conditions sont essentielles, mais il y en a d'autres mal connues qui font que certaines stations, même aux Indes, échappent à toutes les épidémies, et que le choléra ne s'y implante jamais, sauf par des cas sporadiques venus de localités infectées.

2° *Mesures à prendre au moment de l'invasion d'une épidémie.*

a) Soigner très attentivement toutes les diarrhées, même les plus légères, qui sont la porte d'entrée du fléau, quand elles n'en sont pas les formes atténuées.

b) Isoler les malades dans des hôpitaux spéciaux susceptibles d'être rapidement désinfectés après chaque épidémie.

c) Éviter les paniques, les encombrements, les précipitations de toute espèce, qui, dans chaque épidémie grave, ont conduit à des inhumations précipitées.

3° *Moyens curatifs.*

L'auteur ne croit pas aux bons effets de l'opium, et accuse ce médicament d'accroître le collapsus. Pour lui, le carbonate d'ammoniaque à haute dose, associé à l'éther sulfurique ou nitrique et au camphre, constitue, avec l'alcool, la meilleure médication ; — c'est celle qui lui a le mieux réussi à Juggernauth. Il proscrit absolument les boissons glacées, qui accroissent l'algidité, et donne pour étancher la soif et pour favoriser les vomissements des boissons chaudes aromatiques.

En terminant son mémoire, l'auteur n'admet qu'avec réserve que le choléra soit infectieux et contagieux : il l'est certainement beaucoup moins que la variole; c'est une opinion qui, même si elle est erronée, doit être affirmée en temps d'épidémie pour ne point paralyser les courages et les bonnes volontés.

II. — L'auteur a eu l'idée de relever, maison par maison, les cas de choléra qui ont frappé la ville de Cardiff dans les trois épidémies de

1849, 1854 et 1866. Un plan de la ville avec le schéma des quartiers envahis à ces dates différentes est annexé à ce travail. Parallèlement sont indiquées les modifications qu'a subies la ville de Cardiff au point de vue de l'hygiène et les travaux de voirie que la municipalité y a fait exécuter depuis une période de 30 ans.

Il ressort de ce tableau que les localités contaminées dans les trois épidémies ont été sensiblement les mêmes, le fléau frappant de préférence certains quartiers bas, malsains, encombrés, privés d'eau et mal drainés. Mais les résultats ont été bien différents. En 1849, avec une population de 16,000 habitants, mais dans des conditions d'insalubrité notoire, le choléra fait 350 victimes, soit 21 0/000. En 1854, l'épidémie se montre de nouveau dans les mêmes points, avant que l'on ait commencé les travaux d'assainissement ; mais un arrêté municipal interdit l'usage de l'eau provenant des quartiers infectés ; la mortalité est encore considérable, mais cependant bien moindre (172 décès pour une population de 22,400 âmes). Enfin, en 1866, le choléra apparaît pour la 3e fois, aussi foudroyant comme forme, mais il trouve une ville bien drainée, pourvue d'eau abondamment (les dépenses d'assainissement se sont élevées à 107,000 livres sterling rien que pour les égouts ; depuis elles ont atteint 500,000 livres). Résultat : seulement 44 décès en 1866, pour une population de 36,000 âmes et aucun depuis lors.

Les tables de la mortalité annuelle et de la léthalité par affections zymotiques montrent le même progression.

De 1845 à 1855, mortalité générale, 32 0/000. Proportion de maladies zymotiques, 9, 8.

De 1855 à 1866, mortalité générale, 26, 5; maladies zymotiques, 5, 4.

Actuellement, mortalité générale 20,8; maladies, zymotiques, 3, 4.

Ces chiffres se passent de commentaires. H. RENDU.

I. — Traité clinique du diagnostic des maladies de l'encéphale, basé sur l'étude des localisations, par H. NOTHNAGEL, Trad. par KÉRAVAL (*in*-8, *Paris*, 1885).

II. — Contribution à l'étude des hémiplégies bilatérales par lésions cérébrales symétriques, par Aug. MARLIER (*Thèse de Nancy*, 1885).

III. — Varicosity of the lingual vein as a diagnostic sign, par Cecil DICKSON (*Brit. med. journ., p.* 889, *mai* 1885).

IV. — Cases of recovery from symptoms pointing to the presence of progressive organic cerebral disease (Guérison dans un cas de symptômes d'affection cérébrale organique), par J.-S. BRISTOWE (*Brain, p.* 1, *avril* 1885).

V. — Des troubles de la sensibilité dans l'hémiplégie de cause cérébrale, par LEGROUX et de BRUN (*Encéphale*, 1884).

VI. — Ueber Mitbewegungen (Des mouvements associés), par OPPENHEIM (*Berl. klin. Woch., p.* 349, *juin* 1884).

VII. — Case of injury to right side of head followed by complete paralysis of right arm (Plaie de tête, monoplégie brachiale), par George THOMSON (*Brain, p.* 510, *janvier* 1885).

VIII. — Case of cerebral abcess, par Arthur FOX (*Brain, p.* 251, *juillet* 1885).

IX. — Hirnabcess nach Insolation (Abcès cérébral, suite d'insolation), par

Ant. EISELSBERG (*Deutsch. Arch. f. kl. med., Band XXXIII, Heft* 6, *p.* 613).

X.— Ein Fall von Haemorrhagie in das Corpus callosum, par W. ERB (*Arch. f. path. Anat. u. Phys., Band XCVII, Heft 2, p.* 329).

XI. — Cases of tumour of the corpus callosum, par John BRISTOWE (*Brain, p.* 315, *octobre* 1884).

XII. — Zur Casuistik der Linsenkernaffectionen (Lésions du noyau lenticulaire), par KRŒMER (*Deutsche med. Woch., n°* 19, 1885).

XIII. — Hémorragie et ramollissement de la couche optique, anesthésie sensorielle, par ROUSSEAU (*Encéphale, p.* 55, 1884).

XIV. — A contribution to Jacksonian epilepsy and the situation of the leg centre (Siège du centre moteur de la jambe), par W. OSLER (*Am. journ. of the med. sc., p.* 31, *janvier* 1885).

XV. — Cerebral tumour, par Charlewood TURNER (*Brit. med. journ., p.* 943, *mai* 1885).

XVI.— Cerebral tumour, scanty symptoms of local pressure (Tumeur cérébrale, absence de symptômes de compression), par BUZZARD et Oswald LANE (*Ibid., p.* 129, *janvier* 1885).

XVII. — Case of brachial monoplegia, due to lesion of the internal capsule, par A. Hughes BENNETT et C. CAMPBELL (*Brain, p.* 78, *avril* 1885).

XVIII. — Trois autopsies pour servir à la localisation cérébrale des troubles de la vision, par FÉRÉ (*Arch. de neurol., Band IX, p.* 222).

XIX. — Sur un cas de contraction des muscles droits internes de l'œil avec myosis, par MILLINGEN (*Union méd., septembre* 1884).

XX. — Essai de localisation d'une cécité accompagnée d'hémichorée, par H. HALLOPEAU (*Encéphale, p.* 182, 1885).

XXI. — Contribution à l'étude des localisations cérébrales et trajet intracérébral de l'hypoglosse, par F. RAYMOND et G. ARTAUD (*Arch. de neurologie, mars* 1884).

XXII. — Seltene initiale Form von bulbär Paralyse, par ROSENTHAL (*Soc. des méd. de Vienne, juin* 1884).

XXIII. — Beitrag zur Diagnostik der Lage und Beschaffenheit von Krankheitsherden der Medulla oblongata (Localisation des foyers morbides bulbaires), par H. MOSER (*Deutsch. Arch. f. kl. Med., Band XXXV, p.* 418).

XXIV. — Notes on a case of pure apoplectic bulbar paralysis, par J. DIXONMANN (*Brain, p.* 244, *juillet* 1884).

XXV. — A case of multiple tubercular tumours, par James ROSS (*Brain, p.* 501, *janvier* 1885).

XXXVI. — Ein Fall von ausgebreiteter Porencephalie (Porencéphalie très étendue), par Nicolas JALAN DE LA CROIX (*Arch. f. path. An. und Phys. Band XCVII, Heft 2, p.* 307).

I.— Le livre de Nothnagel, dont Kéraval vient de nous donner la traduction est moins un traité didactique, au sens que nous attachons d'ordinaire à ce mot, qu'un compendium méthodique et très complet, où se

trouvent analysées et réunies les observations les plus probantes de localisations cérébrales. C'est donc, avant tout, un ouvrage d'érudition et de critique, qui doit son plus grand mérite à la mise en œuvre régulière et systématique de la méthode à laquelle Broca, Charcot, etc., ont dû de si belles découvertes.

La première partie de l'ouvrage est consacrée à la symptomatologie spéciale des diverses parties de l'encéphale. La seconde partie étudie les symptômes des lésions en foyer.

Malheureusement l'ouvrage du professeur Nothnagel remonte déjà à 1879. C'est dire que bien des questions, qui ont surgi depuis, n'y sont qu'effleurées; ainsi par exemple : les localisations sensorielles et sensitives dans l'écorce du cerveau, les diverses espèces d'aphasie, etc.

C'est pour remédier à cette lacune que Kéraval a ajouté à la traduction de l'ouvrage un certain nombre de notes complémentaires ; il y a également joint une série de figures, extraites des traités classiques, qui forment, en appendice, une sorte d'atlas d'anatomie normale du cerveau.

A. CHAUFFARD.

II. — Des foyers d'hémorragie ou de ramollissement, existant dans des points symétriques des deux hémisphères cérébraux, donnent parfois naissance à un syndrome clinique simulant, dans le cas d'hémiplégie bilatérale avec tremblement, la chorée, la paralysie agitante, la sclérose en plaques, le tremblement sénile et l'ataxie locomotrice. L'hémiplégie bilatérale peut également être flasque ou présenter des contractures. Dans certains cas, elle affecte un type mixte (hémicontracture et hémitremblement) ou bien encore la forme pseudo-bulbaire décrite pour la première fois par Lépine.

Cette étude des diverses variétés d'hémiplégies bilatérales, envisagée surtout au point de vue séméiologique et diagnostique, renferme entre autres faits empruntés à différents mémoires six observations inédites.

P. PARISOT.

III. — L'auteur insiste sur un nouveau signe fourni par l'inspection de la bouche, l'état variqueux de la veine ranine et des linguales. D'après lui, cette apparence indique une mauvaise circulation jugulaire et cérébrale et peut fournir des éléments de pronostic utiles. Il cite deux cas où quelque temps après la constatation de ces varicosités veineuses, la mort survint par apoplexie.

Un fait analogue est rapporté par Whitehouse (*Brit. med. Journ.* p. 941).

H.R.

IV. — Dans ce travail, Bristowe a voulu montrer que certains cas, qui par l'ensemble de leurs symptômes semblent tout à fait caractéristiques de tumeurs ou de lésions organiques cérébrales, sont susceptibles de guérir; c'est là un chapitre intéressant pour l'histoire du pronostic dans les maladies de l'encéphale.

L'observation 1re concerne une jeune femme entrée à l'hôpital avec des signes de péritonite subaiguë, d'allure tuberculeuse, depuis trois semaines; pendant sept semaines, elle eut de l'ascite, du météorisme, de la douleur abdominale, des frissons et de la fièvre hectique. Puis un jour elle se mit à loucher, eut de la paralysie partielle des muscles droits externes de l'œil, perdit la mémoire, présenta un délire tranquille. Cet ensemble de symptômes faisait naturellement croire à de la méningite tuberculeuse compliquant une

péritonite de même nature et la situation paraissait presque désespérée. Cependant, au bout de quelques jours, une amélioration notable se produisit; les symptômes abdominaux s'amendèrent, l'appétit revint, l'intelligence reparut, et le strabisme s'effaça progressivement. Au bout de 7 semaines, elle quittait l'hôpital convalescente, ne conservant qu'un peu de nystagmus; elle a été revue, un an plus tard, parfaitement guérie. Il est à remarquer que cette femme n'avait pas eu la syphilis et que d'ailleurs elle n'a pas pris d'iodure de potassium.

Obs. 2. Il s'agit d'une servante âgée de 15 ans, qui présenta une série de symptômes imputables à une méningite tuberculeuse : céphalée, vertiges, somnolence pendant le jour, insomnie la nuit, diplopie, lenteur de la parole et de l'intelligence. L'examen de l'œil montra une double névrite optique et une paralysie des droits externes oculaires; le pouls était ralenti, la respiration suspirieuse. Malgré tous ces symptômes, la guérison survint lentement en deux mois environ.

L'observation 3 a trait à une femme de 29 ans, qui, sans cause connue, est atteinte progressivement de diplopie et d'étourdissements, suivis, au bout de trois semaines, d'une céphalée tenace et d'une notable incoordination motrice. Bientôt surviennent des vomissements, de la parésie de la lèvre supérieure droite : puis de l'affaiblissement, de la titubation des membres inférieurs, des nausées, de la paralysie faciale incomplète, du nystagmus et du rétrécissement du champ visuel dans sa moitié droite. Du reste, pas d'autre paralysie, ni de perte de perception des couleurs ou du goût. Au bout d'un mois, s'ajoutent à ces symptômes une paralysie du droit externe gauche, de l'engourdissement et des fourmillements des pieds, des soubresauts des jambes, de l'exagération de la réflectivité tendineuse.

Tous ces symptômes semblaient annoncer une tumeur cérébrale localisée au voisinage du 4e ventricule, néanmoins la malade finit par guérir ; les accidents disparurent successivement, et au bout de deux mois elle quitta l'hôpital. Aujourd'hui, deux ans après, elle est en parfaite santé. H. R.

V. — L'anesthésie liée à l'hémiplégie de cause cérébrale n'est pas toujours diffuse et complète sur la moitié du corps atteinte de paralysie ; elle peut avoir une distribution plus ou moins irrégulière et sa recherche attentive a conduit les auteurs de ce mémoire à d'intéressantes constatations. On peut observer, en effet, des zones d'anesthésie absolue au milieu de membres dont la sensibilité est parfois intacte, tandis qu'on trouve, dans d'autres cas, des zones de sensibilité normale au milieu de régions absolument anesthésiées. D'après les faits rapportés dans leur travail, les auteurs ont pensé qu'il serait possible de réunir en cinq groupes les différents cas qui peuvent se présenter, en prenant pour base le mode de distribution de l'anesthésie.

Dans un premier groupe, les membres paralysés ont conservé leur sensibilité absolument.

2e groupe. L'anesthésie ou au moins l'hypoesthésie est également répartie sur toute leur surface.

3e groupe. La perte de la sensibilité est partielle quant à l'étendue absolue sur un segment extrême (cuisse ou pied, par exemple); elle est beaucoup moins accentuée sur le segment moyen et à peu près nulle sur l'autre segment extrême. Ce groupe peut en quelque sorte se décomposer en deux variétés : dans la première, le segment supérieur (cuisse ou bras) a une sensibilité presque normale, tandis que le segment moyen (jambe ou avant-bras) est beaucoup plus hypoesthésié et que l'inférieur (pied ou main) est à peu près anesthésié. Dans la seconde,

la topographie est inverse, et c'est le pied ou la main qui jouissent de la sensibilité la plus grande, tandis que la cuisse ou le bras sont très peu sensibles, la jambe et l'avant-bras tenant toujours le milieu.

4e groupe. La moitié externe du membre a sa sensibilité normale ou un peu diminuée, tandis que la moitié interne est à peu près anesthésiée, ou réciproquement.

5e groupe. Irrégularité extrême dans la distribution de la sensibilité et c'est par plaques, par zones que l'anesthésie se produit, dans des conditions de très nette délimitation, mais avec tendance aux déplacements rapides, aux brusques disparitions.

Dans aucun cas l'anesthésie ne suit le trajet d'un cordon nerveux, d'une façon précise, ainsi qu'on peut s'en rendre compte en jetant un coup d'œil sur les figures interposées dans le texte; cette particularité autorise à penser que les troubles sensitifs obéissent à des lois différentes de celles qui régissent les troubles moteurs. Quant aux déplacements, aux oscillations des plaques d'anesthésie, ils conduisent à conclure que les troubles sensitifs, dans l'hémiplégie, ne répondent point à des altérations fixes et localisées de l'écorce cérébrale. Aussi, en dernière analyse, les auteurs de cet important travail, admettent-ils que si, dans l'hémiplégie, des lésions nettement définies peuvent produire des troubles sensitifs (lésions capsulaires), certaines anesthésies doivent être sous la dépendance d'un état congestif ou anémique de la substance cérébrale (anesthésies d'origine corticale). P. GARNIER.

VI. — La forme la plus commune et la plus anciennement connue de mouvements associés s'observe dans les membres paralysés d'hémiplégiques, lorsque ces malades bâillent, toussent, etc., ou lorsqu'ils meuvent leurs membres sains. Oppenheim en présente un exemple chez un jeune garçon atteint d'hémiparésie gauche avec contracture. Lorsqu'il ferme le poing avec sa main saine, les doigts de la main paralysée se referment avec plus d'énergie. C'est là le mode ordinaire de mouvements associés. Mais Oppenheim a observé un cas où, lorsque l'individu avait des bâillements, sa main paralysée s'entr'ouvrait bien qu'elle fût contracturée dans la flexion.

Westphal a attiré l'attention sur une autre forme de mouvements associés dont voici un exemple. Un jeune garçon de 11 ans eut, il y a 2 ans, à la suite d'une fièvre typhoïde, une hémiplégie droite complète qui avec le temps disparut presque entièrement. Depuis quelques mois, lorsque l'enfant décrit, par exemple, un cercle, dans l'air, de sa main gauche, il fait le mouvement homologue avec sa main droite; pour l'empêcher, il est obligé d'appuyer solidement cette main.

Une troisième forme de mouvements associés s'observe chez un homme qui, il y a quelques mois, eut une attaque apoplectique suivie d'hémiplégie gauche. Actuellement il est incapable d'exercer des mouvements avec son bras paralysé, s'il n'a soin d'exécuter le même mouvement avec son membre sain. En revanche, le membre paralysé reste immobile quand le mouvement a d'abord lieu du côté sain.

Oppenheim a noté aussi des mouvements associés dans les membres ataxiques. Une femme chez laquelle une affection médullaire chronique s'était développée à la suite d'une chute sur le dos, et qui avait de la parésie et de l'ataxie des membres inférieurs, ne pouvait fléchir le pied

droit sur sa face dorsale, sans exécuter simultanément le même mouvement du côté gauche. Ce phénomène était encore plus marqué chez un homme de 35 ans qui, à la suite d'une rougeole survenue à l'âge de 8 ans, avait contracté une ataxie des 4 membres. Dans le décubitus horizontal, cet homme ne pouvait mouvoir une jambe sans l'autre, et en même temps les bras faisaient des mouvements bizarres. A chaque mot qu'il prononçait, il fléchissait, sans pouvoir s'en empêcher, son pied droit.

Dans l'ataxie locomotrice vraie, on note également des mouvements associés. Ainsi, un malade alité ne peut tousser ou éternuer sans projeter violemment les jambes de droite et de gauche. Une femme, tabétique avancée, à chaque fois qu'elle tousse, étend la main droite.

Dans la discussion, Ewald mentionne une femme atteinte d'hémiathétose à la suite d'apoplexie. Par moment elle tombe sans cause appréciable dans un état comateux durant lequel le côté ordinairement sain présente aussi de l'athétose. (*R. S. M.*, II, 687 ; IV, 131.) J. B.

VII. — J. M..., âgé de 34 ans, reçoit sur la tête, le 19 décembre, une pierre volumineuse provenant de l'éboulement d'un pan de mur. Immédiatement après l'accident, symptômes de commotion cérébrale ; en même temps, plaie des téguments crâniens, au niveau de la région pariétale droite supérieure, avec dénudation du périoste sur une étendue de 3 centimètres. Les symptômes initiaux consistent en vomissements, perte de connaissance partielle, petitesse et rapidité du pouls, pâleur et réfrigération de la face. Le soir, le pouls devient lent, la température s'élève, et le malade tombe dans un état comateux ; avec contraction pupillaire, qui dure deux jours, interrompu seulement par quelques convulsioas. Ces convulsions consistent en spasmes cloniques commençant du côté droit de la face et s'étendant au bras droit.

Le 23 décembre, nouvelles contractions cloniques beaucoup plus fortes, à la suite desquelles le bras droit paraît paralysé. L'état général est, du reste, meilleur, la stupeur diminue et la déglutition est plus facile. La jambe droite a conservé toute sa motilité.

Dans l'après-midi, le Dr Ross vit le malade et, malgré le fait insolite de la paralysie survenue du même côté que la plaie, il fut d'avis de trépaner au niveau du point dénudé du périoste, si les choses s'aggravaient.

25 et 26 décembre. Délire violent, symptômes de méningo-encéphalite, application de glace sur la tête. — Le 27, l'état s'aggrave manifestement, et la trépanation du crâne est pratiquée au point indiqué. Soulagement momentané, mais mort le soir.

Autopsie. Épanchement sanguin sous-épicrânien considérable, avec infiltration du muscle temporal. Crâne épais et dur. Une fracture existe au niveau du point contus, envoyant deux prolongements divergents l'un vers l'orbite du côté gauche, l'autre vers la région temporale droite, aboutissant à la portion pétreuse du rocher, et à la fosse moyenne de la base du crâne. Du côté gauche était un épanchement sanguin considérable entre la dure-mère et l'os. La dure-mère était déchirée à 1/4 de pouce au-dessous de la fissure crânienne, en un point correspondant à la circonvolution ascendante. En ce point il y avait une contusion de la substance cérébrale, qui contenait un caillot du volume d'un pois.

Le fait remarquable de cette observation est la non-coïncidence du point d'application du choc et de la lésion encéphalique ; la symptomatologie indiquait une altération du l'hémisphère gauche, et cependant il semblait plus rationnel d'intervenir chirurgicalement au point où l'enveloppe osseuse avait été directement lésée. H. R.

VIII. — Femme de 25 ans, admise à l'hôpital le 28 janvier 1885. Quinze

jours auparavant, elle se fait une coupure au doigt médius de la main gauche. Le soir même, elle éprouve de l'engourdissement dans cette main, et perd l'usage des trois derniers doigts. Cet état de choses persiste pendant 11 jours : à ce moment, la paralysie envahit le reste de la main et l'avant-bras. Jamais auparavant elle n'a été malade ; elle n'a point eu d'otorrée, point reçu de coup sur la tête,

A son entrée, on constate de légers mouvements choréiformes du membre supérieur droit. Le bras gauche est paralysé, et plus congestionné que son congénère. La perte du mouvement n'est pas totale pour le bras, mais absolue pour l'avant-bras et la main. Il n'y a pas de troubles de la sensibilité, ni de la contractilité électrique. Le malade n'éprouve aucun mal de tête, aucune gêne de la marche; tous les organes sont sains.

Le 7 février seulement, la malade se plaint de souffrir de la région frontale. Le 11, elle vomit pour la première fois; les vomissements se continuent le 12 et le 13. Le 15, elle passe une nuit sans sommeil, et souffre beaucoup de la tête. Pouls lent, à 54, engourdissement, torpeur générale, mutisme. La malade ne peut plus tirer la langue; la jambe gauche, sans être complètement paralysée, est paresseuse. La mort survient le jour même dans le coma.

Autopsie. Tous les organes sont absolument sains ainsi que la bouche, les oreilles et les os du crâne. En détachant la dure-mère, l'hémisphère droit paraît soulevé par une tumeur fluctuante, située en avant de la partie supérieure de la scissure de Rolando. Une incision faite à ce niveau donne issue à une demi-once de pus. Il n'existe point de méningite, ni d'autre lésion cérébrale. L'abcès a le volume d'un œuf de pigeon : il pénètre obliquement, en dedans et en arrière dans la substance blanche, et intéresse le bord de la circonvolution frontale ascendante, et le pied de la frontale supérieure ; un certain degré de ramollissement rouge envahit également la 2e frontale. La cause de l'abcès est restée inconnue.

L'auteur insiste sur la localisation très précise de la paralysie qui ne portait d'abord que sur les extenseurs de la main, sur l'absence de fièvre et de céphalée, et sur la marche insolite du cas, puisque les symptômes réellement inquiétants ne se manifestèrent que trois jours avant la mort. H. R.

IX. — Il s'agit d'un jeune soldat qui fut pris de phénomènes cérébraux après une longue marche et une revue sous un chaud soleil d'été. Il se fit quelques jours après une protrusion de l'œil et un abcès s'ouvrit au niveau de l'orbite. A l'angle externe de l'œil droit survint un gonflement de la région temporale qui amena à inciser et à pratiquer la trépanation. On rencontra la méningée moyenne qui fut liée. La mort eut lieu dans la nuit suivante. Il existait un abcès volumineux du lobe temporal que l'on n'avait pas atteint par la trépanation. Il n'y avait pas de lésion osseuse du crâne. On n'a pas cherché les bacilles, et bien qu'on n'ait pas vu trace de méningite, l'observation est incomplète à ce point de vue. A. MATHIEU.

X. — Il s'agit d'un homme mort avec une méningite cérébro-spinale hémorragique, qui présentait en outre une hémorragie ayant détruit presque tout le corps calleux. De l'étude, pour ainsi dire négative, des symptômes observés, Erb arrive à cette conclusion que « presque tout le corps calleux peut être détruit, sans produire la moindre altération de la motilité, de la coordination, de la sensibilité, des réflexes, des sens, de la parole et sans déterminer un trouble notable de l'intelligence. » P. GALLOIS.

XI. — L'auteur a observé trois cas de tumeur primitive du corps calleux, et un cas de tumeur secondaire.

Obs. 1re.—Un homme de 56 ans se plaint de céphalée 14 semaines avant sa mort : bientôt après, faiblesse du bras droit, puis de la jambe correspon-

dante, aboutissant à une hémiplégie progressive, avec participation de la face, abaissement graduel de l'intelligence, perte de la parole, mastication incomplète et dysphagie, coma final. A l'autopsie, tumeur spongieuse probablement sarcomateuse, au niveau du corps calleux, de préférence à sa partie antérieure et dans l'hémisphère gauche. La substance grise des circonvolutions était intacte, aussi bien que les ganglions du plancher des ventricules.

Obs. 2e. — Marin de 41 ans, atteint d'embarras de parole : bientôt aphasie complète, avec hémiplégie droite de la face et des membres. La rapidité du début fit d'abord croire à une hémorragie ou à une embolie, mais le développement d'une névrite optique prouva qu'il s'agissait d'une tumeur cérébrale. Il devint absolument aphasique, laissant échapper sa salive, incapable de projeter sa langue au dehors. Finalement, les pupilles devinrent inégales et il mourut comateux, sans accès épileptiformes ni paralysies oculaires.

L'autopsie montra une tumeur partie de la moitié antérieure du corps calleux, et développée vers le centre ovale, surtout à gauche. De ce côté, la substance grise des 2e et 3e circonvolutions frontales et de la pariétale ascendante était envahie.

Obs. 3e. — Début obscur de troubles cérébraux 12 semaines auparavant : paralysie partielle des quatre membres, plus accentuée au bras et à la jambe gauches, douteuse à la face. Sensibilité conservée, parole lente, confuse et indistincte : somnolence graduellement croissante, dysphagie finale. On trouva, comme dans les cas précédents, un sarcome infiltrant les deux tiers antérieurs du corps calleux et du trigone et irradiant de là dans la substance blanche des hémisphères, surtout à droite. La substance grise des circonvolutions et les ganglions étaient intacts.

Les caractères de ces tumeurs semblent donc être assez constants, et voici comment l'auteur résume leur symptomatologie :

1° Tumeurs à marche continue, progressive, insidieuses d'abord, puis aboutissant petit à petit à des hémiplégies classiques ; 2° bientôt, à ces symptômes d'hémiplégie s'ajoutent des signes plus ou moins obscurs de paralysie de l'autre côté du corps ; 3° en même temps, dépression intellectuelle considérable allant jusqu'à la stupidité, avec regard vague, indifférence aux objets qui entourent les malades, difficulté de mastiquer et de conserver la nourriture dans la bouche, salivation involontaire et persistante, disparition de la parole, plutôt par le fait de la stupeur cérébrale que de la difficulté à remuer la langue et à articuler les mots ; 4° enfin, intégrité des nerfs oculo-moteurs et des autres nerfs craniens, et absence constante d'accès convulsifs épileptoïdes : mort dans le coma. La céphalée existe, mais d'une façon modérée : la névrite optique peut manquer; en tout cas elle se montre à titre de symptôme tardif.

La tumeur a toujours été trouvée volumineuse, ce qui implique une durée plus considérable que ne le ferait croire la date du début des accidents : ceux-ci semblent dépendre de l'envahissement du centre ovale et des tractus blancs des hémisphères.

Le diagnostic peut être difficile, et les tumeurs pourraient être facilement confondues avec l'hémiplégie due à une hémorragie ou à une embolie, avec une lésion de la moelle allongée, et enfin, avec la paralysie générale. H. R.

XII. — Dans ce cas, une lésion limitée au noyau lenticulaire gauche n'a pas provoqué de paralysie des membres, mais une paralysie faciale et des troubles vaso-moteurs : cyanose, œdème, sécrétion de l'œil droit et de la narine droite, abaissement considérable de la température. Ce

dernier signe n'avait pas encore été signalé par les auteurs : il est très remarquable ici.

Un agriculteur de 45 ans, atteint de syphilis à l'âge de 19 ans, plus tard d'aliénation mentale à la suite de la fièvre typhoïde, est admis à l'asile de Neustadt. Le 9 octobre 1884, il contracte un érysipèle dont le point de départ est un furoncle du conduit auditif externe droit. Cette maladie étant terminée, on constate que le côté droit de la face se paralyse progressivement, tandis que les membres sont indemnes.

Le 12 janvier 1885, le malade, assis sur un banc, se trouve subitement et spontanément projeté à terre. On le met au lit : la température s'abaisse d'abord à 33°,5 puis à 31°,3; pouls 40, respiration 10. Le patient est somnolent, mais sans perte de connaissance, et répond à toutes les questions. Pas de paralysie des membres. Diminution très notable de la sensibilité sur toute la surface du corps. Hémiplégie faciale droite persistante. A droite, écoulement de mucosités par la narine, larmoiement ; à gauche, rétrécissement pupillaire.

Après un bain de 5 heures à 38 degrés, la température du malade s'élève à 36°,2, et à six heures du soir à 39°,15. Pouls 60 irrégulier, stertor.

Le lendemain matin temp. 33 degrés. Même température le 14 janvier. État demi-comateux.

Le 16, temp. 29 degrés ; le 17, 31°,5.

Le 18, temp. 27 degrés. Mort.

A gauche, dans le segment moyen du noyau lenticulaire, destruction ancienne de la substance cérébrale ; il existe là une cavité à parois lisses qui pourrait admettre un pois. Quelques plaques athéromateuses de l'aorte ascendante. Pas d'autres lésions.

Ce cas pourra servir aux physiologistes qui cherchent dans le cerveau des centres vaso-moteurs et des centres thermiques. L. GALLIARD.

XIII. — Un alcoolique mourut, après avoir présenté des troubles de l'olfaction, de la vision et de la sensibilité générale, sans perte de l'ouïe, et l'on constata à l'autopsie que la moitié antérieure de la couche optique avait été profondément atteinte dans ses éléments anatomiques. Mais, bien que la lésion fût unilatérale, la perte de l'olfaction était double. Ce fait reste encore inexplicable. DESCOURTIS.

XIV. — Chez le malade dont Osler rapporte l'histoire, il y eut pendant 14 ans des attaques d'épilepsie jacksonienne typique ; les convulsions débutèrent par la main gauche, et restèrent d'abord limitées au membre supérieur gauche ; puis elles s'étendirent au membre inférieur du même côté, pour se généraliser à la fin, en même temps qu'elles étaient accompagnées d'une perte complète de connaissance. A partir de la sixième année depuis le début, faiblesse et contracture du membre inférieur gauche.

A l'autopsie, petit gliome, occupant les faisceaux blancs sous-jacents au sommet de la circonvolution frontale ascendante, et à la partie antérieure du lobule paracentral. Peu d'altérations des parties voisines ; l'examen histologique du pédoncule cérébral et de la moelle n'a pas été pratiqué.

A. CHAUFFARD.

XV. — Jeune fille de 15 ans, souffrant depuis 9 mois de céphalée, de vomissements, de douleurs dans le flanc gauche et dans la jambe gauche. Depuis deux mois, amaurose et névrite optique double. Légère parésie gauche sans trouble de la sensibilité. Intelligence saine, réflexes superficiels conservés, réflexes profonds abolis. Mort en peu d'heures d'un accès épileptiforme, précédé d'une hémiplégie faciale gauche.

A l'autopsie, sarcome né sur le plancher du 4e ventricule, ayant envahi le cervelet et le bulbe. Quelques noyaux secondaires s'étaient développés sur la face postérieure de la moelle, et avaient déterminé un exsudat inflammatoire

limité exclusivement aux cordons postérieurs spinaux, comme dans l'ataxie locomotrice. H. R.

XVI. — Homme de 38 ans, sans antécédents syphilitiques. En juin 1883, il a une attaque, à la suite de laquelle il devient hémiplégique gauche : à partir de ce moment, il éprouve de la céphalée, des vomissements, de la diplopie, sans troubles convulsifs ni sensitifs.

A son entrée (décembre 1883), symptômes obscurs de compression cérébrale : face non paralysée, mais sans expression, mydriase et strabisme interne; démarche incertaine sans ataxie, tendance à la léthargie, perte de mémoire, hallucinations : pouls lent, réflexes normaux. Névrite optique à l'ophtalmoscope et cécité progressive.

État stationnaire jusqu'en février 1884 : à cette date, paralysie faciale gauche, coma progressif, mort avec hyperthermie finale.

L'autopsie montre une tumeur occupant la substance blanche de l'hémisphère droit, et correspondant aux circonvolutions pariétale ascendante, pariétale supérieure et inférieure, occipitale et lobe carré. Une portion de la tumeur proéminait à la base du cerveau, et comprimait la moitié droite de la protubérance annulaire, ainsi que les circonvolutions temporo-sphénoïdales. Il s'agissait d'un sarcome ayant vraisemblablement pour point de départ le plancher du ventricule latéral. H. R.

XVII. — Le général P..., âgé de 80 ans, avait conservé une bonne santé, sauf du tremblement des membres supérieurs et une certaine altération du caractère.

Le 17 novembre 1884, il s'habille, se met à table et constate qu'il a une certaine peine à avaler. La parole est embarrassée, la bouche déviée à droite. Il existe une parésie incomplète du côté gauche de la face et de la langue, sans affaiblissement des membres.

Le soir, il veut se lever et tombe insensible sur le plancher. On le relève à peu près aphasique, hémiplégique de la face et ayant perdu le mouvement du membre supérieur gauche.

Pendant quelques jours, dysphagie excessive qui force à l'alimenter par le rectum, puis amélioration progressive; disparition de la paralysie de la face, mais persistance de celle du bras. Cet état de choses dure quatre semaines ; pendant ce temps, l'affaiblissement cérébral fait des progrès, et le malade s'éteint, à peu près inconscient, le 20 janvier 1885.

Autopsie du cerveau. Les méninges sont épaissies et opalescentes, les vaisseaux congestionnés et athéromateux. Le cerveau dans toute son étendue est sain, sauf en un point circonscrit où siège un foyer de ramollissement.

Une section verticale dans la direction de la scissure de Rolando, à travers le milieu de la circonvolution pariétale ascendante, met à jour un noyau ramolli à la partie supérieure de la capsule interne (au pied de la couronne rayonnante). Ce noyau a le volume d'une fève : son bord supérieur est contigu au noyau caudé ; de là il s'étend obliquement en bas, à travers la capsule interne, et vient aboutir au bord supérieur du noyau lenticulaire. Les deux noyaux du corps strié, ainsi que la couche optique, sont absolument sains.

Cette localisation est intéressante, car elle prouve qu'une lésion pédiculo-pariétale de la capsule interne, au point où aboutissent les fibres provenant de la circonvolution pariétale ascendante, peut donner lieu à une monoplégie brachiale limitée et à de l'aphasie, tout comme la lésion de la circonvolution elle-même. H. R.

XVIII. — Il résulte de cette étude que toutes les lésions qui déterminent des troubles de la vision siègent dans la partie postérieure de l'hémisphère, mais que des lésions assez rapprochées déterminent parfois

des troubles différents, sans doute à cause de certaines variétés dans la contexture de cette partie du cerveau. D.

XIX. — L..., âgé de 58 ans, constate le 19 mai qu'il est atteint de diplopie. Il existe un strabisme convergent; les muscles droits externes ne sont pas paralysés, car les mouvements d'abduction se font bien; les axes visuels convergent à 10 centimètres; il y a une myopie égale à chaque œil. Les pupilles sont presque entièrement immobiles et les efforts de convergence ne provoquent aucune contraction pupillaire. Aucun autre symptôme. Le 22 mai, le malade éprouve de la faiblesse aux extrémités à droite. Le 23, il ne peut plus marcher; le 24, hémiplégie complète et stertor. Mort le 26. A l'autopsie, on trouve, par une coupe faite au niveau des tubercules quadrijumeaux antérieurs, une petite cavité de la grandeur d'une noisette, pleine d'un pus épais, à parois anfractueuses, siégeant dans le pédoncule cérébral gauche, au-dessous du tubercule quadrijumeau antérieur gauche, à 2 millimètres de l'aqueduc de Sylvius. La cavité est entourée par les fibres d'origine du nerf moteur oculaire commun. H. LEROUX.

XX. — Homme de 83 ans, frappé subitement de cécité complète, sans perte de connaissance ni étourdissement, et qui fut atteint en même temps d'hémichorée du côté gauche. La coexistence de ces deux ordres de symptômes a permis à l'auteur de conclure, même en l'absence d'autopsie, à une embolie dans une des artères qui se distribuent aux tubercules quadrijumeaux du côté droit, et plus probablement dans l'une des branches antérieures.

DESCOURTIS.

XXI. — En se basant sur l'étude comparative de plusieurs cas de troubles de la parole par paralysie des muscles articulateurs dépendant soit d'une lésion cérébrale, soit d'une lésion protubérantielle, les auteurs ont essayé de déterminer l'origine corticale de l'hypoglosse et le trajet que parcourent les fibres de ce nerf des circonvolutions au bulbe, à travers le centre ovale, la capsule interne, le pédoncule et la protubérance.

Les troubles de la parole sont donc étudiés dans leurs rapports avec les lésions : 1° de l'écorce du cerveau; 2° du centre ovale; 3° de la capsule interne et du pédoncule; 4° de la protubérance annulaire :

En ce qui concerne spécialement le trajet intra-protubérantiel du faisceau de l'hypoglosse, les auteurs ont pu recueillir, dans leur propre pratique, trois cas fort nets de ramollissement de la protubérance avec glossoplégie.

1° Homme de 66 ans, frappé d'hémiplégie gauche, intéressant le bras, la jambe et le facial inférieur du même côté et s'accompagnant d'un embarras de la parole très accentué.

Aucune lésion de l'insula, ni de la troisième frontale gauche. Rien dans le cerveau droit. Au contraire, l'examen de la protubérance montre, à l'union du tiers inférieur avec les deux tiers supérieurs de la protubérance, un foyer de ramollissement de deux millimètres de largeur et de cinq millimètres de hauteur, foyer situé dans la pyramide motrice droite, à cinq millimètres de la ligne médiane et à huit millimètres de la face inférieure du mésocéphale.

2° Homme de 75 ans, atteint d'hémiplégie droite ayant intéressé le bras, la jambe et la moitié inférieure de la face, avec embarras passager de la parole, l'aphasie véritable n'étant survenue que postérieurement, pour évoluer, dès lors, progressivement.

Dans le cerveau gauche, foyer de ramollissement sur la face externe de l'hémisphère, au niveau du lobule pariétal supérieur et inférieur. Rien à la circonvolution de Broca, ni aux ganglions; rien, non plus, dans le cerveau

droit. Mais deux foyers de ramollissement dans la protubérance, très près de la ligne médiane.

3° Le troisième fait peut être ainsi résumé : embarras de la parole par glossoplégie. Paralysie incomplète du voile du palais. Nul trouble moteur du côté des membres. Foyer de ramollissement dans la protubérance.

De l'exposé des différents faits rapportés dans leur mémoire, les auteurs se croient en droit de conclure que le trajet intra-cérébral de l'hypoglosse peut être déterminé de la façon suivante : nées du pied de la circonvolution frontale ascendante, les fibres cérébrales de l'hypoglosse suivent le faisceau frontal inférieur, traversent la capsule interne, au niveau du genou, se placent dans le pédoncule entre le faisceau pyramidal et le faisceau de l'aphasie, occupent dans la protubérance la partie postéro-interne des pyramides motrices, s'entre-croisent et de là gagnent le plancher du 4e ventricule pour se mettre en rapport avec les noyaux bulbaires. PAUL GARNIER.

XXII. — Dans ce cas, les lésions bulbaires atteignent non seulement le noyau du facial inférieur et de l'hypoglosse, mais le noyau moteur et même le noyau sensitif du trijumeau.

Un sujet de 62 ans s'aperçoit d'abord d'une faiblesse spéciale des lèvres; au bout de deux mois, il a de la difficulté à mouvoir les mâchoires. On constate chez lui la paralysie des muscles des lèvres et du menton, avec disparition de la contractilité faradique, tandis que la galvanisation reste efficace. Paralysie de la langue, gêne de la déglutition. Impossibilité de mouvoir latéralement la mâchoire inférieure, et gêne de la mastication. Tandis que la peau de la joue conserve la sensibilité, la muqueuse buccale, celle des gencives, de la langue, sont anesthésiées. Même anesthésie de l'isthme du gosier; on peut exciter impunément la luette. L. GALLIARD.

XXIII. — Le travail de Möser est une dissertation qui porte sur le diagnostic différentiel des lésions dégénératives propres, progressives, de la moelle allongée et des lésions périphériques de cet organe, c'est-à-dire sur le diagnostic des diverses formes de la paralysie labio-glosso-laryngée et des compressions ou des lésions secondaires, périphériques du bulbe. L'auteur insiste surtout sur la marche progressive des lésions et des symptômes dans la paralysie labio-glosso-laryngée. Dans les compressions ou les lésions périphériques, au contraire, les manifestations sont partielles, irrégulièrement symétriques, irrégulièrement progressives. Il rapporte des observations personnelles dont voici l'analyse.

1° Une femme de 23 ans est atteinte d'un rétrécissement aortique consécutif à un rhumatisme articulaire aigu. — Le 15 avril 1883, brusquement perte de connaissance. Six jours plus tard, perte de la parole, paralysie du côté droit de la face, anesthésie du bras droit. La parole revint en grande partie. Langue et luette déviées à droite. Mouvements de la langue difficiles et incomplets; gêne de l'articulation des mots; rien du côté des yeux. — Sensibilité normale à la face.

Le 26 mai, paralysie complète de la langue. La parole revient au bout d'un quart d'heure.

Le 28 mai, attaque semblable durant 7 heures; le 29 mai, troisième attaque après laquelle la langue est totalement paralysée. — Gêne de la déglutition. — Paralysie du facial inférieur gauche et du moteur oculaire externe du même côté. — Diminution de la force des masséters.

On est obligé de nourrir la malade par la sonde œsophagienne. Les mouvements de la langue se rétablissent un peu, pour être de nouveau totale-

ment supprimés le 19 juillet. — Déglutition complètement suspendue à cette époque.

Mort le 20 juillet. A l'autopsie on trouve, indépendamment de quelques petits foyers de ramollissement disséminés immédiatement au-dessus du renflement cervical, une dilatation anévrismale de l'artère vertébrale gauche. La moelle allongée est notablement déprimée à ce niveau. Sur la vertébrale droite, dilatation analogue. Il y a de ce coté en réalité, plutôt épaississement des parois artérielles, que dilatation du vaisseau. — Pas de dépression de la moelle allongée.

L'anévrisme paraissait agir ici comme une tumeur comprimant la moelle allongée.

2° Homme de 61 ans : à 57 ans, faiblesse, inaptitude au travail, depuis un an douleurs dans le dos et dans les cuisses; gêne de la parole et de la déglutition.

Au mois d'août 1882: visage immobile, sillon naso-labial effacé; fonctions du facial conservées, le malade ne peut faire la moue ; il ne peut pas atteindre sa lèvre supérieure avec la pointe de sa langue. Un peu de faiblesse des jambes.

15 juillet 1883. — Augmentation de la faiblesse des jambes; la paralysie atteint les extrémités supérieures. Paralysie plus évidente du facial inférieur, surtout à gauche; la bouche est déviée à droite. Le malade ne peut siffler. La langue est légèrement déviée vers la droite ; mastication, déglutition et parole difficiles. Un peu d'atrophie des muscles des membres inférieurs. Faiblesse très grande des membres inférieurs.

25 juillet.—Secousses des bras et des jambes. On perçoit un bruit de souffle entre les apophyses mastoïdes et les apophyses épineuses ; ce bruit est plus marqué à droite qu'à gauche. Phénomène de Cheyne Stokes.

Agitation, baillements, céphalalgie. On est obligé de nourrir le malade avec la sonde. Irrégularité du pouls. Mort le 29 juillet.

A l'autopsie, dilatation anévrismale très évidente de la vertébrale gauche, ayant déterminé à la face inférieure de la moelle allongée une notable dépression qui porte sur la partie inférieure de l'olive droite. L'anévrisme mesurait 20 millimètres sur 12. Le tronc de l'artère au-dessous de l'anévrisme et la basilaire au-dessus sont dilatés. Caillots mous, récents. Dépression évidente du corps restiforme gauche ; olive droite aplatie.

On trouve deux petits foyers de ramollissement dans la capsule interne droite et dans le corps strié droit.

Il est difficile de savoir si la faiblesse des extrémités était due à la compression du bulbe ou aux foyers de ramollissement de la capsule interne et du corps strié.

L'auteur rapporte encore une autre observation personnelle mais sans autopsie. Dans le second de ces cas, il faut noter le souffle entendu à la région cervicale, souffle attribuable sans doute à la dilatation anévrismale de la vertébrale. A. MATHIEU.

XXIV. — Une femme de 42 ans éprouve, dans une promenade, la sensation d'une perte subite de la parole, sans choc apoplectique. Elle continue à marcher, et n'éprouve aucun signe de paralysie, sauf la perte des mouvements de la langue, qui est absolument immobile, ainsi que les ptérygoïdiens. Le facial inférieur est également paralysé des deux côtés : l'apparence est celle de la paralysie labio-glosso laryngée de Duchesne, sauf le larynx, qui est libre.

Huit jours après l'attaque les mouvements de la langue commencent à reparaître : à partir de ce moment, guérison graduelle.

L'auteur suppose qu'il y a eu une embolie d'une artère bulbaire,

la malade avait un souffle cardiaque et avait eu autrefois des rhumatismes. H. R.

XXV. — Femme de 24 ans, ayant présenté dans son enfance des signes de carie osseuse, d'une bonne santé depuis. Il y a 11 mois, elle accouche normalement d'un enfant sain. Quelques semaines après l'accouchement, survient une céphalée occipitale opiniâtre qui persiste pendant six mois : un matin la paupière gauche reste abaissée et paralysée. Bientôt après, c'est le tour de la main gauche, qui devient paralysée. C'est alors qu'elle se présente à l'hôpital.

État actuel.— Ptosis de la paupière gauche, avec déviation du globe oculaire en dehors et impossibilité de le mouvoir en dedans, en haut et en bas. Pupille modérément dilatée.

La main gauche est inerte; les mouvements du poignet s'exercent encore incomplètement, mais les doigts ne peuvent plus se fléchir. Les muscles des éminences thénar et hypothénar, ainsi que les lombricaux, les interosseux et les longs fléchisseurs des doigts sont atrophiés, les extenseurs le sont également, mais à un degré moindre. A la jambe, les muscles sont aussi très émaciés, et les mouvements du membre très imparfaits. Réactions électriques dégénératives.

La sensibilité est abolie dans une circonscription très spéciale. L'anesthésie occupe la moitié cubitale de la main (sur la face antérieure comme sur la postérieure), et la moitié interne de l'avant-bras et du bras jusqu'à l'aisselle : partout ailleurs, la sensibilité est conservée.

Tous les autres organes sont sains, le fond de l'œil normal.

Quelques jours après se développent les accidents suivants :

Incontinence d'urine, gêne de plus en plus prononcée pour avaler les aliments solides, articulation des mots difficile.

Un mois plus tard apparaissent de nombreux symptômes : la céphalée revient, accompagnée cette fois de vomissements, l'intelligence s'émousse, la parole devient presque inintelligible ; finalement, la malade devient gâteuse et meurt dans le coma.

Autopsie. — Tous les organes viscéraux sont sains, à part des traces d'ancienne pneumonie fibreuse : il n'existe pas de tubercules, malgré les affections osseuses de l'enfance.

Le cerveau présente au contraire des lésions tuberculeuses. Il existe de chaque côté des granulations dans les scissures de Sylvius et l'artère sylvienne gauche est engainée dans d'épais exsudats tuberculeux.

A la coupe, un noyau tuberculeux de la grosseur d'un gros pois est trouvé sur le pédoncule cérébral gauche; il a subi la dégénérescence caséeuse. Un noyau similaire existe sur le pédoncule cérébral droit, mais à un niveau plus élevé.

Plusieurs masses tuberculeuses se voient sur la moelle épinière. L'une d'elles est placée du côté droit, entre la 2e et 3e paire de nerfs cervicaux : une autre à gauche, entre la 7e paire cervicale et la 1re dorsale ; une 3e au niveau du renflement lombaire ; à l'œil nu, ces tumeurs paraissent développées initialement sur les méninges; elles ont empiété secondairement sur le tissu de la moelle.

L'examen microscopique montre que la tumeur du pédoncule cérébral gauche intéresse les fibres du nerf moteur oculaire commun dans leur trajet intrapédonculaire, tandis qu'une autre portion de tumeur comprime le même nerf à sa sortie du pédoncule. Le tubercule du pédoncule droit n'intéresse pas les racines de l'oculo-moteur ni du pathétique.

Les tumeurs spinales sont disposées de telle façon qu'elles englobent à la fois les racines antérieures et postérieures des nerfs.

L'auteur rapproche les lésions des symptômes constatés pendant la

vie. Il attribue la localisation de l'anesthésie à ce fait que le brachial cutané interne et les branches sensitives du cubital dérivent de la huitième paire cervicale et de la première dorsale, qui, précisément, étaient lésées en ce cas. H. R.

XXVI. — Une jeune fille de 17 ans est prise d'accidents faisant penser à une fièvre typhoïde. Elle meurt en cinq jours. A l'autopsie on trouve, d'une part, de la méningite de la base, d'autre part, une grande perte de substance à la face interne de l'hémisphère droit du cerveau. On s'occupe alors de rechercher, dans les antécédents de la jeune fille morte, les phénomènes nerveux anormaux qu'elle a présentés, et l'on apprend que vers l'âge de 2 ans elle avait boité de la jambe gauche. Jamais elle n'avait présenté de troubles intellectuels ; elle était cependant un peu mélancolique. Sur le cadavre, on trouve une atrophie légère du bras et de la jambe gauches ; l'atrophie porte surtout sur le segment supérieur de ces membres.

En étudiant la perte de substance cérébrale, on constate qu'elle occupe le territoire de l'artère cérébrale antérieure, que le ventricule latéral est ouvert et communique avec la cavité sous-arachnoïdienne ; les noyaux gris ne sont nullement atteints.

L'auteur admet que cette porencéphalie peut être expliquée par un trouble important de la circulation de la cérébrale antérieure survenu soit pendant la vie intra-utérine soit peu de temps après la naissance. Enfin, pour expliquer comment une lésion si importante de la face interne du cerveau a pu déterminer aussi peu d'accidents, il fait remarquer que les expériences de Ferrier, les examens pathologiques de Grasset, Charcot, Bourneville, ne sont parvenus à établir de localisation à la face interne du cerveau que pour le lobule paracentral. L'auteur fait remarquer en outre que la porencéphalie, si l'on consulte le travail de Kundrath, est rare à la face interne du cerveau. P. GALLOIS.

I. — De l'aphasie et de ses diverses formes, par BERNARD (*Thèse de Paris,* 1885).

II. — De la cécité psychique des mots et des choses, par BERNHEIM (*Revue de médecine, août* 1885).

III. — Du siège et de la direction des irradiations capsulaires chargées de transmettre la parole, par BITOT (*Arch. de neurologie, VIII, p.* 22 *et* 151).

IV. — Contribution à l'étude des troubles de la parole, par J. LUYS (*Encéphale, p.* 271, 1885).

V. — Case of aphasia in which the chief lesion was seated in the supramarginal and angular gyri, Broca's circonvolution being unaffected (Aphasie sans lésion de la circonvolution de Broca), par Samuel WEST (*Brit. med. journ., p.* 1242, *juin* 1885).

VI. — On the pathological anatomy of sensory aphasia, par R. AMIDON (*New York med. journ.,* 31 *janvier* 1885).

VII. — Considérations sur l'agraphie motrice, par PITRES (*Revue de médecine, novembre* 1884).

I. — La thèse de Bernard est une excellente revue critique des travaux publiés sur l'aphasie dans ces dernières années. Les opinions défendues par l'auteur sont celles que Charcot a exposées dans ses leçons faites l'année dernière sur le même sujet. Ainsi après avoir montré que

les troubles du langage peuvent être rattachés soit à une lésion des organes de transmission de la pensée au dehors, soit à une altération des organes de réception des impressions extérieures, Bernard passe successivement en revue les quatre variétés d'aphasie qui répondent à ces diverses lésions : aux premières se rattachent l'aphasie par amnésie verbale ou aphasie classique, et l'agraphie; aux secondes la surdité et la cécité verbales. L'amnésie verbale et l'agraphie, connues depuis longtemps, se sont peu enrichies dans ces dernières années; signalons cependant le siège probable de l'agraphie, qui, d'après Bernard, résiderait au niveau du pied de la deuxième circonvolution frontale gauche. La surdité et la cécité verbales, d'abord repoussées en France, commencent à s'y acclimater. Une discussion parfois acerbe, toujours serrée des observations qui ont été publiées sous ce titre, constitue la partie la plus intéressante de ces chapitres et contribuera, nous n'en doutons pas, à dégager ces deux variétés d'aphasie des divers troubles intellectuels avec lesquels elles étaient confondues jusqu'à ce jour. GIRAUDEAU.

II. — Bernheim a observé un malade *gaucher* atteint d hémiplégie incomplète du côté gauche avec hémianesthésie et exagération des réflexes tendineux, qui présentait une variété tout à fait rare d'aphasie sensorielle. Ainsi cet homme, qui avait appris à écrire de la main droite, pouvait tracer les caractères nécessaires pour désigner les objets ou les choses auxquels il pensait ; mais, une fois ces mots écrits, il lui était impossible de relire le mot qu'il venait de composer. Il n'était pas cependant aphasique dans le sens vulgaire de cette expression, car il pouvait parfaitement dans la conversation prononcer le nom de l'objet qu'il avait écrit ou indiquer son nom lorsqu'on le lui montrait. Il pouvait, en outre, épeler les lettres composant le mot écrit, mais sans pouvoir arriver à trouver la signification du mot qu'elles constituaient. Il y avait donc chez lui effacement de l'empreinte laissée autrefois par ces mêmes mots, sans qu'il y eût cécité psychique totale dans le sens que l'on applique aujourd'hui à ce mot.

Bernheim pense que la lésion, foyer de ramollissement probable, occupait la première circonvolution temporo-sphénoïdale droite.

C. GIRAUDEAU.

III. — De ses recherches anatomo-cliniques, l'auteur conclut qu'on n'est plus autorisé à affirmer que la troisième frontale gauche préside à la parole. Déjà, depuis 1879, Magnan n'accordait plus l'élément psychique au centre de Broca, et Charcot se range à son avis. L'idéation (Magnan), ou la faculté du langage (Charcot), s'étale sur toute l'étendue de l'écorce cérébrale : « De notre côté, dit Bitot, nous nous croyons en droit de contester au centre de Broca son élément moteur, et, en admettant que ce dernier élément ait un centre cortical, ce qui est très probable, nous faisons remarquer que ce centre doit se trouver dans l'endroit vers lequel se dirigent les faisceaux vecteurs de la parole, c'est-à-dire à la partie moyenne des circonvolutions orbitaires, dans une étendue de 5 millimètres carrés, à peu près, à 2 centimètres en dehors de la ligne médiane. » Il est évident toutefois qu'il faudra de nouvelles preuves pour transformer ainsi la question des localisations cérébrales.

IV. — L'auteur rapporte l'observation d'une femme qui fut frappée de congestion cérébrale suivie d'hémiplégie droite passagère et d'incapacité persis-

tante de produire des sons phonétiques. La paralysie motrice à droite rétrocéda, mais l'aphasie persista.

A l'autopsie, on ne trouva aucune lésion de la troisième circonvolution frontale gauche. Seulement, les régions sous-jacentes avaient été le siège d'un petit foyer hémorragique, d'une importance très minime pour expliquer cette impossibilité d'articuler des sons. Au contraire, il existait des lésions scléreuses atrophiques dans la protubérance et dans la région bulbaire, qui permettaient de comprendre ce nouveau mode pathogénique de l'aphasie.

DESCOURTIS.

V. — Homme de 66 ans, peintre, entré à l'hôpital pour des accidents d'affection cardiaque et de néphrite interstitielle. Pendant trois semaines, amélioration notable : puis, brusquement, un matin, le malade devient aphasique, sans choc apoplectique ni malaise cérébral prémonitoire. L'état est alors le suivant :

Hémiplégie droite incomplète, surtout marquée au membre inférieur. Intelligence très affaiblie, réponses bornées à quelques monosyllabes. Pupilles normales et vision conservée, incontinence d'urine. Quarante-huit heures plus tard, hémianesthésie progressive du côté droit. Aucun nouveau symptôme cérébral ne s'accuse jusqu'à la mort, qui survient six semaines après, par le fait des progrès de l'affection du cœur.

A l'autopsie, on trouve de l'endartérite généralisée, une sclérose du rein et du foie, une hypertrophie du cœur sans lésion valvulaire. Le cerveau présente sur son hémisphère gauche une plaque de ramollissement jaune, correspondant à la totalité de la circonvolution angulaire et de la supramarginale. Après durcissement, il fut facile de voir que la partie ramollie dépendait d'une oblitération d'une branche de la sylvienne. La zone ramollie comprenait : 1° le tiers postérieur de la scissure de Sylvius; 2° la circonvolution marginale et l'angulaire dans toute leur étendue; 3° les parties profondes de la circonvolution temporo-sphénoïdale supérieure; 4° une portion du lobule pariétal et de la circonvolution pariétale ascendante dans sa profondeur, la surface restant absolument normale; 4° la totalité de l'insula de Reil. La capsule externe et la circonvolution de Broca étaient intactes.

L'auteur fait remarquer la corrélation entre les symptômes et les lésions.

L'aphasie était plutôt de l'amnésie verbale, elle paraissait en rapport avec la lésion de l'insula (?).

Le centre visuel de la parole était profondément atteint : or le maximum de la lésion siégeait au niveau du gyrus angulaire et de la circonvolution marginale, siège de la vision d'après Ferrier.

Le centre auditif était également touché, correspondant à la lésion de la circonvolution temporo-sphénoïdale supérieure.

L'hémiplégie s'expliquait par les lésions de la pariétale ascendante.

L'hémianesthésie, sans lésion de la capsule interne, est plus difficile à expliquer; néanmoins il est possible que la zone de ramollissement ait atteint le grand hippocampe et le gyrus uncinatus, régions considérées par Ferrier comme présidant au sens du toucher.

H. R.

VI. — L'auteur expose les idées actuellement admises sur les diverses variétés d'aphasie sensorielle, et sur leurs localisations corticales. Il rapporte 28 observations empruntées à la littérature médicale, et qui se partagent ainsi : 8 fois, lésions simultanées des centres visuels et auditifs de l'hémisphère gauche, avec association de surdité et cécité verbales; 2 fois, lésion de l'aire visuelle, avec cécité verbale; 14 fois, lésion de l'aire auditive, avec surdité verbale.

A. CHAUFFARD.

VII. — L'observation suivante a fourni à Pitres l'occasion de publier un mémoire substantiel dans lequel les trois principales variétés d'agraphie (par surdité verbale, par cécité verbale et l'agraphie motrice) se trouvent exposées avec la plus grande netteté.

Il s'agit d'un syphilitique âgé de 31 ans, qui, dix ans après l'apparition du chancre, fut pris d'une hémiplégie droite avec aphasie incomplète qui persista plusieurs mois. Lorsque Pitres vit le malade dix-huit mois après cette attaque, ce dernier présentait encore une hémiplégie droite très incomplète avec contracture permanente légère du membre inférieur droit; le membre supérieur droit au contraire avait reconquis presque toute sa force, il n'y avait ni paralysie faciale ni aphasie, mais on constatait de l'hémianopsie droite. L'intelligence était intacte, cependant il était impossible au malade d'écrire de la main droite, parce qu'il avait perdu la mémoire des mouvements à imprimer à ses doigts pour tracer les lettres. De la main gauche, au contraire, le malade écrivait couramment, et il parvenait ensuite, lorsqu'il avait le modèle sous les yeux, à recopier avec la main droite ce qu'il venait d'écrire de la main gauche. Aussitôt le modèle enlevé, l'écriture devenait impossible, et cependant le malade savait parfaitement le mot qu'il devait écrire ; il épelait les lettres qui le composaient, mais ne traçait que des caractères informes. Ajoutons que cet individu n'avait perdu absolument que la mémoire des lettres, car il traçait très facilement sur un tableau des figures géométriques et pouvait dessiner une figure humaine assez bien proportionnée.

C. GIRAUDEAU.

. — **Ueber das Vorkommen von Meningitis cerebrospinalis in Pommern** (Épidémie de méningite en Poméranie), par **MOSLER** (*Deutsche med. Woch.*, n° 26, 1885).

II. — **Ueber Meningitis cerebrospinalis epidemica**, par **LEICHTENSTERN** (*Deutsche med. Woch.*, n° 23, 1885).

III. — **Report of a slight outbreak of epidemic cerebrospinal meningitis** (Une petite épidémie de méningite cérébro-spinale), par **W. FREW** (*Glasgow med. journ.*, *p.* 21, *juillet* 1884).

IV. — **Chronic cerebrospinal meningitis**, par **W. HADDEN** (*Brit. med. journ.*, *p.* 944, *mai* 1885).

V. — **Case of pachymeningitis cervicalis hypertrophica**, par **W. SUCKLING** (*Brain*, *p.* 91, *avril* 1885).

VI. — **Note sur un cas d'hémorragie spinale sous-arachnoïdienne**, par **E. DUFOURT** (*Lyon médic.*, 23 *août* 1885).

VII. — **On the nature of spinal lesion in poliomyelitis anterior acuta, or infantile paralysis**, par David **DRUMMOND** (*Brain*, *p.* 14, *avril* 1885).

VIII. — **Ein Fall von acutes aufsteigender Spinalparalyse** (Paralysie ascendante aiguë), par **MIETH** (*Deutsch. medic. Woch.*, n° 5, 1885).

IX. — **Two cases of spinal disease associated with insanity** (Deux cas d'affection médullaire avec folie), par William **DUDLEY** (*Brain*, *p.* 243, *juillet* 1885).

X. — **Recherches sur les causes de l'ataxie locomotrice**, par **BELUGOU** (*Progrès médic.*, 29 *août* 1885).

XI. — **De la contracture tabétique progressive**, par **DEMANGE** (*Revue de médecine*, *juillet* 1885)

XII. — Accès de douleurs thoraciques précordiales, à forme d'angine de poitrine, chez un ataxique, par VULPIAN (*Revue de médecine, p.* 60, *janvier* 1885).

XIII. — Note sur un cas d'hémiataxie locomotrice progressive d'origine professionnelle, par H. BERTOYE (*Lyon médical*, 20 *septembre* 1885).

XIV. — Syphilis, ataxie, cardiopathie, par L. BOUVERET (*Ibid.*, 25 *octobre* 1885).

XV. — De l'hémiatrophie de la langue dans le tabes dorsal ataxique, par G. BALLET (*Arch. de neurol., VII, p.* 191).

XVI. — Des troubles urinaires dans les maladies du système nerveux et en particulier dans l'ataxie, par Ch. FÉRÉ (*Arch. de neurol., VII, p.* 224).

XVII. — Troubles vasomoteurs dans l'ataxie locomotrice, par FARGE (*Bull. Soc, de médec. d'Angers*, 1er *semestre* 1885).

XVIII. — Zur Casuistik der trophischer Störungen bei der Tabes Dorsalis (Troubles trophiques dans le tabes), par J. HOFFMANN (*Berl. klin. Woch.*, 23 *mars* 1885).

XIX. — Multiple Fracturen aus der Leiche einer während 7 Jahren an Tabes Leidenden (Fractures multiples chez une tabétique), par KRÖNLEIN (*Corresp. Blatt. f. schw. Aerzte, p.* 212, *mai* 1883).

XX. — Klinisches über Tabes dorsalis, par L. BRIEGER (*Berlin. klin. Woch., n°* 20, *p.* 313, *mai* 1885).

XXI. — Ueber das Vorkommen abnormer Mengen freier Salsaüre.... (Crises gastriques dans l'ataxie), par Hermann SAHLI (*Corresp.-Blatt f. schweiz. Aerzte, n°* 5, *p.* 105, *mars* 1885).

XXII. — Ataxie locomotrice compliquée d'apoplexie cérébrale, par MOSES (*Berlin. klin. Woch., n°* 24, *p.* 381, *juin* 1885).

XXIII. — Ein Fall von Tabes complicirt mit progressiver Muskelatrophie (Tabes avec atrophie musculaire), par A. EULENBURG (*Ibid., p.* 229, *avril* 1885).

XXIV. — Du rôle joué par la méningite spinale postérieure des tabétiques dans la pathogénie des scléroses combinées, par J. DÉJERINE (*Arch. de physiol.*, 15 *novembre* 1884).

XXV. — Contribution à l'étude des scléroses médullaires d'origine vasculaire, par E. DEMANGE (*Revue de médecine*, 10 *octobre* 1884).

XXVI. — Contribution à l'étude des lésions scléreuses des vaisseaux spinaux, par E. DEMANGE (*Ibid., p.* 1, *janvier* 1885).

XXVII. — Observation pour servir à l'histoire de l'arachnitis et de la lepto-méningite spinale chronique : sclérose médullaire secondaire, par RIBAIL (*Gaz. méd. de Paris, juillet* 1885).

XXVIII. — Recherches anatomo-cliniques sur les scléroses bilatérales de la moelle épinière consécutives à des lésions unilatérales du cerveau, par PITRES (*Arch. de physiol.*, 1884).

XXIX. — Sclérose primitive des cordons de Goll, par CAMUSET (*Progrès méd.*, 6 *décembre* 1884).

XXX. — Primäre Seitenstrangsklerose nach Lues (Sclérose primitive des cor-

dons latéraux dans la syphilis), par MINKOWSKI (*Deutsch. Arch. f. klin. Med., Band XXXIV, p.* 433).

XXXI. — Étude d'un cas de fausse sclérose systématique combinée de la moelle, par G. BALLET et L. MINOR (*Arch. de neurologie, Band VII, p.* 44).

XXXII. — Étude anatomique et clinique sur la sclérose en plaques, par J. BABINSKI (*Thèse de Paris*, 1885).

XXXIII. — De la curabilité de la sclérose en plaques, par CATSARAS (*Arch. de neurologie, vol. X, p.* 66).

XXXIV. — Note sur les rapports de la trépidation épileptoïde du pied avec l'exagération des réflexes rotuliens, par de FLEURY (*Revue de médecine, p.* 656, *août* 1884).

XXXV. — Sur quelques troubles nerveux consécutifs à la variole (fausse ataxie), par E. QUINQUAUD (*Encéphale, p.* 33, 1884).

XXXVI. — Les affections pseudo-systématisées de la moelle épinière, par N. POPOFF (*Arch. psych. neurolog. i soudebn psichopat.*, n° 1, 1885).

XXXVII. — Commotion de la moelle, par DUMÉNIL et PÈTEL (*Arch. de neurol., IX, p.* 1, 145 *et* 307).

XXXVIII. — Altérations de la moelle épinière causées par l'élongation du nerf sciatique, par Pauline TARNOWSKI (*Arch. de neurologie, IX, p.* 289 *et X, p.* 35).

XXXIX. — De l'élongation de la moelle épinière ; recherches sur le traitement mécanique des maladies nerveuses, par HEGAR (Trad. par POZZI et BERTHOD (*Encéphale, p.* 590, 1884).

I. — L'auteur transmet des renseignements fournis par Reinke, médecin à Spantekow, en Poméranie, sur une petite épidémie locale, observée à la fin de janvier 1885. Six cas survenus presque simultanément (deux dans une même maison) ont fourni cinq décès et une seule guérison. Un des malades a succombé en dix-huit heures, les autres en 2, 5, 10 et 26 jours. La guérison a été observée chez un sujet de 19 ans ; au neuvième jour on a noté une éruption d'herpès sur la joue gauche, et une surdité presque complète sans suppuration de l'oreille moyenne. Cette surdité a persisté, elle s'est accompagnée, pendant la convalescence, de paraplégie, le sujet a conservé de plus une néphrite chronique.

Mosler a traité lui-même à Greifswald une malade atteinte le 27 avril, une autre le 23 mai. Ces deux sujets ont guéri ; un garçon de 6 ans atteint le 27 mai a succombé.

II. — Dans sa première communication, le 16 mars, Leichtenstern annonce qu'il a observé à l'hôpital de Cologne un autre cas de méningite cérébro-spinale, et, comme la maladie paraît sévir épidémiquement, i croit pouvoir signaler le début d'une épidémie locale.

En effet, le 18 mai, il fournit la relation de 29 cas traités à l'hôpital de Cologne, et provenant de toutes les parties de la ville, sans qu'on ait pu en attribuer deux à une seule maison ni même à une seule rue. 22 guérisons et 7 décès.

Enfin le 9 juillet, l'auteur annonce dans une note qu'il a traité 12 cas nouveaux, sur lesquels il compte 2 décès. Sur ces 12 cas, il en signale

6 dont l'étiologie est intéressante : 4 provenaient d'une filature; 2 sont des cas intérieurs; l'un se rapporte à une sœur de charité attachée au service de la baraque où 3 méningitiques étaient en traitement, l'autre à un épileptique soigné dans la même salle.

L'auteur a fait des recherches sur les bactéries de la méningite épidémique. Dans toutes les autopsies, il a vu l'exsudat purulent des méninges contenir des monococci ou des diplococci; les essais de culture pure lui ont fourni des microbes d'aspect variable : bâtonnets à pôles arrondis, bâtonnets doubles, bacilles épais en groupes importants (zoogloées), bacilles minces. Les plus importants paraissent être des micrococci très réguliers par leur forme et leur disposition en zoogloées, constituant très rarement des chapelets : il faudrait inoculer les micrococci à des animaux pour démontrer leur spécificité. Ils offrent deux variétés quant aux dimensions, l'une plus volumineuse que l'autre, mais ne se mélangent pas; chaque variété s'isole dans les cultures pures appropriées. L. GALLIARD.

III. — Dans une petite ville de mineurs de 5,000 habitants, à Galston, l'auteur a observé 6 cas bien caractérisés de méningite cérébro-spinale, dont 4 terminés par la mort, et 6 autres à marche bénigne et rapidement abortive. Le point intéressant de ce travail consiste dans sa partie étiologique. Ville insalubre, dans un bas-fond, sans drainage suffisant du sol, et avec infiltrations étendues des eaux d'égout; d'autre part, exception faite du premier cas, communications avérées et transmission possible dans tous les autres cas; tels sont les deux points saillants qui peuvent éclairer le mode de développement de cette petite épidémie.

A. CHAUFFARD.

IV. — Enfant de 11 ans, ayant reçu une barre de fer sur la tête 15 mois avant son admission à l'hôpital. Depuis lors, céphalée, vomissements, symptômes de tumeur cérébelleuse : affaiblissement progressif des membres inférieurs, incontinence d'urine, accès épileptiformes, diminution de la vue graduelle, allant jusqu'à la cécité.

A l'autopsie, il n'y avait aucune lésion osseuse ni traces de pachyméningite. Mais le cervelet, sur ses deux faces, était recouvert d'une épaisse couche blanchâtre, de 4 millimètres environ, intimement adhérente aux circonvolutions. Pareil épaississement de la pie-mère, quoique moins accusé, se voyait à la base du cerveau et s'étendait vers le chiasma et dans les scissures sylviennes. On ne découvrit pas de tubercules au milieu de ces lésions de méningite chronique, qui se montraient également sur la pie-mère spinale, mais il existait des granulations miliaires pulmonaires et quelques ganglions caséeux, en sorte que la nature tuberculeuse de cette méningite peut être discutée.

V. — Jeune homme de 18 ans. Chute sur la tête à l'âge de 5 ans : à partir de ce moment strabisme interne de l'œil gauche.

Depuis un an, apparition graduelle d'une parésie généralisée aux quatre membres, avec contracture. Début par des douleurs à la nuque, avec rigidité du cou, élancements dans la région du plexus cervical, puis paralysie du bras droit, précédée d'engourdissement et de fourmillement.

Lors de son admission, état suivant : torticolis avec déviation de la tête à droite, sans douleur à la pression des vertèbres cervicales; paralysie et flexion forcée des jambes et des cuisses. Les bras sont faibles quoique ayant recouvré le mouvement; réflexes rotuliens exagérés dans les deux membres inférieurs. Atrophie musculaire commençante des jambes. H. R.

VI. — Femme de 62 ans, alcoolique, frappée brusquement, en pleine santé, de paralysie des membres inférieurs. Abolition complète de la mo-

tilité et de la sensibilité. Existence des réflexes ; parésie des membres supérieurs. Absence de contracture. La malade ne se plaint d'aucune douleur. Rien au cœur, ni aux poumons.

Le lendemain, temp. 39°,4. Dyspnée considérable ; respiration diaphragmatique; le thorax est immobile. Il existe de la raideur des muscles de la nuque. pas de déviation oculaire. La paralysie des membres supérieurs s'accentue. L'anesthésie occupe tout le tronc et remonte jusqu'aux épaules. Incontinence de l'urine et des fèces. Contractilité faradique conservée. Albumine dans l'urine. L'asphyxie va s'accentuant et la malade meurt le 2e jour. On avait hésité entre le diagnostic d'hémorragie extramédullaire et celui d'hématomyélie.

A l'autopsie, suffusion sanguine, sans caillots ni foyers, à la partie inférieure des lobes cérébraux. Pas d'hémorragie ventriculaire. Artères athéromateuses. A l'ouverture du canal rachidien, on se trouve en présence d'une hémorragie sous-arachnoïdienne caractérisée par un caillot noirâtre contournant la moelle, situé au niveau des 7e et 8e paires cervicales et remontant jusqu'aux racines de la 5e paire. A 2 centimètres plus bas second anneau cruorique. Jusqu'au niveau de la queue de cheval existent, à la partie postérieure de la moelle, de petits caillots de 1 à 2 millimètres d'épaisseur et de 3 à 4 de longueur. On ne peut retrouver l'origine de l'hémorragie. La moelle est manifestement ramollie à la région cervicale et au niveau de la 6e et 7e dorsale. A. C.

VII. — L'auteur a eu l'occasion de faire l'autopsie d'une petite fille de 5 ans, morte en moins de 12 heures avec des symptômes d'asphyxie bulbaire. Les organes étaient tous sains, sauf la moelle, qui, à l'œil nu, présentait des traces de ramollissement rouge au niveau des 3e et 4e paires cervicales. Voici les lésions que révéla le microscope après durcissement de la pièce.

A un faible grossissement, ce qui domine c'est la vascularisation extrême des cornes antérieures. Tous les capillaires sont non seulement gorgés de sang, mais entourés d'exsudations hémorragiques par diapédèse de globules rouges et de leucocytes. Ces petites hémorragies siègent sur le trajet des artères, au niveau des cornes antérieures grises, des faisceaux blancs antérieurs, et même de la portion antérieure des cornes postérieures. Elles masquent en partie le réseau trabéculaire de la névroglie, et les tractus nerveux des faisceaux antérieurs, et détruisent complètement les cellules motrices des cornes grises. La localisation de cette lésion destructive en un point très limité correspondant à l'origine des nerfs phréniques explique la rapidité de la mort chez l'enfant.

L'auteur en conclut qu'il faut un peu modifier les idées courantes sur les lésions de la paralysie infantile. L'atrophie des cellules des cornes antérieures n'est pas le premier stade : c'est le reliquat d'une altération plus ancienne, que l'on n'a jamais, ou presque jamais l'occasion de vérifier, et qui consiste en une congestion aiguë avec diapédèse hémorragique et rupture mécanique des éléments de la moelle. Ceci concorde bien avec la marche rapide et le début soudain des accidents sous l'influence du froid, par exemple, et sur l'utilité bien reconnue des antiphlogistiques appliqués dès les premières heures.

L'auteur signale une observation confirmative d'Angel Money publiée dans les *Transactions of the path. soc. of London* pour 1884 (page 45). Là encore, 16 semaines après le début de accidents, on constatait une congestion extrême des vaisseaux et des thromboses : une infiltration de leucocytes à travers la substance grise, et l'extension de la lésion

en avant, en dehors et en arrière, avec prédominance au niveau de la corne antérieure. H. R.

VIII. — Cas très net de paralysie de Landry avec guérison en six mois.

Ouvrier de 42 ans, atteint depuis le 6 juillet, après huit jours de prodromes, de parésie des quatre membres, puis de paralysie complète. Fourmillements, douleurs, pas d'anesthésie. Abolition complète des réflexes tendineux. Diminution des réflexes cutanés. Conservation de l'excitabilité électrique.

Pas d'atrophie musculaire. Pas de troubles vésico-rectaux.

On électrise le malade à partir du 30 juillet. Amélioration progressive.

Le 13 août, il peut marcher à l'aide d'une canne. Quelques mouvements des membres supérieurs.

Le 13 septembre les bras ont presque recouvré leur force normale. Le 1er décembre guérison complète; le sujet reprend son pénible travail de mécanicien.

On remarquera l'abolition rapide des réflexes. L. GALLIARD.

IX. — 1° Le premier fait concerne un homme de 54 ans, ancien médecin de marine, ayant contracté la syphilis sur la côte orientale de l'Afrique avec une négresse. Le début de son affection fut soudain; deux crises apoplectiformes, avec perte de connaissance, s'accompagnèrent de paralysie d'abord limitée à la jambe gauche, puis bilatérale. Bientôt, après une période de dépression cérébrale, il redevint excité, incohérent en paroles et en actions, puis finalement gâteux.

État actuel. Le point intéressant de sa situation cérébrale est qu'il présente un désir ambitieux, avec conceptions orgueilleuses absolument comparables à celle des paralytiques généraux déments. Il se croit riche, titré, il converse avec les rois, il offre 10,000 francs à qui lui présente un cigare, etc.

En même temps, il présente des signes non douteux de tabes. Il a eu des douleurs fulgurantes. Actuellement les réflexes patellaires manquent : la sensibilité cutanée et plantaire est émoussée : il a la démarche d'un ataxique, jette les jambes irrégulièrement, titube quand il ferme les yeux, et offre un certain degré de paralysie de vessie. La moitié droite de sa langue est atrophiée, et il existe du myosis. C'est donc là un exemple de tabes chez un syphilitique, avec lésions dégénératives de l'écorce cérébrale simulant la paralysie générale. (Impuissance du traitement antisyphilitique.)

2° Le second fait concerne un individu de 61 ans, ancien alcoolique, malade cérébralement depuis deux ans, mais autrefois atteint d'une affection spinale à marche lente. Neuf ans auparavant, en effet, il avait subi un traumatisme qui avait amené de la faiblesse d'une jambe; puis brusquement, au bout de quelques jours, était survenue une paraplégie complète, dont il avait guéri lentement et imparfaitement.

État actuel. Le symptôme prédominant est une atrophie musculaire généralisée aux quatre membres et des plus considérables. Les mains sont en griffe : les mouvements d'opposition du pouce sont impossibles, les interosseux ont à peu près disparu : il en est de même des extenseurs et des fléchisseurs de l'avant-bras : les réactions électriques sont nulles pour les muscles les plus atrophiés.

La faiblesse est considérable, la station debout est presque impossible.

Le malade éprouve souvent des douleurs lancinantes dans les membres, à type fulgurant.

La sensibilité tactile et la perception de la douleur sont notablement émoussées.

La peau est altérée dans sa nutrition et a l'aspect de l'ichtyose. H. R.

X. — L'auteur, médecin à La Malou, a observé 32 cas d'ataxie, desquels il tire les conclusions suivantes :

1° Aucune cause ne peut être invoquée comme ayant le monopole

exclusif de l'ataxie, ou comme étant un élément nécessaire de sa production ;

2° Les éléments étiologiques qui semblent avoir la plus grande importance dans la genèse de la maladie sont : la syphilis, l'hérédité nerveuse, le rhumatisme et les abus fonctionnels.

3° Dans presque tous les cas, à côté des autres circonstances étiologiques, les excès fonctionnels et le surmenage nerveux jouent le rôle de cause accessoire, et contribuent d'une manière plus ou moins marquée à l'évolution du mal.

4° En résumé; chez un individu en puissance de tempérament nerveux, soit héréditaire, soit produit par des abus fonctionnels, une cause occasionnelle, telle que traumatisme, refroidissement, syphilis, rhumatisme, peut faire éclater l'ataxie locomotrice. H. LEROUX.

XI. — Demange décrit sous ce nom une affection caractérisée cliniquement par de la contracture des membres inférieurs, le plus souvent en flexion, et l'atrophie des masses musculaires correspondantes, au moins dans certains cas. L'extension relativement rapide de la contracture aux membres supérieurs, à la nuque et au cou, les douleurs violentes des muscles contracturés, l'intégrité des mains, la possibilité de l'atrophie en masse et secondaire de certains groupes musculaires contracturés, la marche relativement rapide de la maladie (1 à 3 ans), l'apparition de troubles des sphincters et d'escarres, le développement de la maladie à un âge très avancé (jamais avant 70 ans), enfin la terminaison fatale par les progrès même de la maladie, tels sont les éléments du diagnostic différentiel entre la contracture tabétique progressive, le tabes spasmodique et la sclérose latérale amyotrophique, cette dernière se compliquant en outre souvent de paralysie labio-glasso-laryngée, qui a toujours fait défaut dans les cas décrits par Demange.

Au point de vue anatomique, cette affection serait caractérisée par des plaques de sclérose diffuse pouvant intéresser tous les cordons de la moelle, mais qui sont beaucoup plus fréquentes au niveau des cordons latéraux et dans l'épaisseur des cornes antérieures que dans les autres parties de cet organe. Ces plaques se développeraient autour de vaisseaux artériels athéromateux. C. GIRAUDEAU.

XII. — Il s'agit, dans cette observation, d'un homme qui, à l'âge de vingt-neuf ans en 1879, ressentit pour la première fois des troubles gastro-intestinaux, caractérisés par de la diarrhée, des vomissements bilieux, des douleurs épigastriques vives et de l'engourdissement du membre inférieur gauche. De ces accidents, les uns disparurent au bout de quelques heures; les autres, vomissements et douleurs de l'épigastre, persistèrent beaucoup plus longtemps, sous forme d'accès se renouvelant chaque jour pendant plusieurs heures. Après un séjour d'un mois à Lariboisière, il sortit guéri.

Ce n'est que deux ans après cette première atteinte qu'il fut repris des mêmes accidents; mais cette fois apparurent en outre des douleurs fulgurantes et de l'engourdissement dans le membre supérieur et dans le membre inférieur gauche. Au bout de quatre mois de séjour à l'Hôtel-Dieu, il sort non guéri pour entrer à Lariboisière où une amélioration rapide se produisit. Bientôt cependant les mêmes accidents reparurent et il entre pour la seconde fois à l'Hôtel-Dieu.

Aux accidents énumérés ci-dessus sont venus se joindre des troubles morbides qui rappellent ceux de l'angine de poitrine et qui, comme les

précédents, s'exaspèrent par moments sous forme de crises d'une violence intolérable. On note aussi cette fois quelques troubles visuels. Le malade offre depuis assez longtemps déjà de légères difficultés de la marche, de l'anaphrodisie, un peu de diminution de la sensibilité de la main gauche et un affaiblissement assez prononcé des nerfs vaso-moteurs qui se distribuent aux vaisseaux de cette main. Amélioration rapide, sortie de l'hôpital au bout de dix jours.

Il y revient au bout de cinq semaines pour des accidents analogues, puis après plusieurs séries d'amélioration et d'aggravation des accidents gastriques et angineux, le malade devient phtisique et meurt six à sept semaines après qu'on a constaté les premières manifestations de sa tuberculose.

A l'autopsie, rien d'apparent à l'œil nu du côté de la moelle, mais après durcissement on observe une sclérose peu prononcée des cordons postérieurs, sclérose occupant la partie la plus antérieure de ces cordons, et beaucoup plus marquée au niveau de la région cervicale que de la région lombaire. Contrairement à ce qui a lieu d'habitude, les zones radiculaires postérieures étaient intactes ainsi que les cordons de Goll. Les nerfs n'ont pas été examinés. Le cœur, l'aorte, le péricarde étaient sains, il en était de même de l'estomac.

L'auteur fait remarquer la marche mobile de cette ataxie au point de vue clinique et la localisation peu fréquente du processus scléreux dans ce cas. C. GIRAUDEAU.

XIII. — Homme de 48 ans, tisseur, sans antécédents pathologiques. A l'âge de 28 ans, apparitions de douleurs fulgurantes dans le membre inférieur droit, revenant par crises tous les 8 ou 10 jours. Pendant 15 ans, persistance de ces crises, sans désordre fonctionnel. Il y a 5 ans, presque subitement, apparition d'anesthésie plantaire et d'incoordination des mouvements dans ce membre droit. Plus tard le bras droit est pris des mêmes douleurs, des mêmes troubles moteurs.

On constate la localisation absolue des désordres moteurs et sensitifs caractéristiques de l'ataxie dans le côté droit. Pas de paralysie, ni de contracture, ni d'atrophie musculaire. L'empreinte du pied droit a les caractères du pied tabétique ; dans l'empreinte du pied gauche, on le retrouve en partie. Aucun trouble oculaire. Bruit de souffle systolique à la pointe.

L'auteur, après avoir discuté le diagnostic et rappelé les cas d'hémiataxie publiés jusqu'ici, assigne à cette localisation de la lésion nerveuse une cause professionnelle. Le tisseur, debout devant le métier, a le pied droit continuellement en mouvement pour manœuvrer la pédale. Ce malade avait fait, dès le début, de véritables excès de travail, 12 à 15 heures par jour. Ce serait là, pour l'auteur, l'origine de l'affection et de sa forme hémiplégique. A. C.

XIV. — Homme de 47 ans, alcoolique et syphilitique ; le chancre date de 20 ans. Le début de l'ataxie remonte à quelques mois. A son entrée à l'hôpital, en mai, douleurs lancinantes dans les membres et la poitrine ; pas de paralysie motrice, pas d'anesthésie ; mais la démarche est franchement ataxique, le réflexe rotulien est aboli à droite et à gauche ; la miction est fréquente la nuit (sans lésions de l'urètre). Le cœur présente les signes caractéristiques d'un rétrécissement aortique.

Administration du traitement mixte pendant 3 semaines, de l'iodure seul, à la dose de 6 à 10 grammes pendant 6 semaines. Sous l'influence de cette médication on constate une amélioration manifeste des symptômes nerveux, et aussi des troubles circulatoires.

On connaît aujourd'hui 57 cas d'ataxie avec cardiopathie ; dans 70 0/0 environ il s'agit d'une lésion aortique. Un chiffre aussi considérable montre qu'il ne s'agit pas d'une simple coïncidence. Mais quelle est l'origine de l'affection cardiaque ? Bouveret n'adopte pas les interprétations fournies par Grasset, Letulle, Teissier. D'après lui, c'est la syphilis qui est la cause à la fois de l'ataxie et de la lésion cardiaque ; l'aortite d'origine syphilitique n'est pas bien élucidée. L'observation ci-dessus semble à l'auteur un cas probant. A. C.

XV. — Parmi les amyotrophies des tabétiques, il en est une sur laquelle l'attention a été peu attirée jusqu'à ce jour : c'est celle qui frappe les muscles d'une moitié de la langue. Certains auteurs en ont cependant fait mention incidemment ; d'autres ont même publié quelques observations à ce sujet. Ballet reprend la question à un point de vue plus général, en fait l'historique complet, et cite plusieurs cas inédits, qui lui permettent de mettre en relief la valeur de ce symptôme, *hémiatrophie de la langue,* au point de vue du diagnostic du tabes, avant l'apparition de ses manifestations banales. Chemin faisant, il étudie la théorie des phénomènes bulbaires du tabes, qui permet de comprendre la physiologie pathologique de cette maladie. DESCOURTIS.

XVI. — De toutes les maladies du système nerveux, l'ataxie locomotrice est sans contredit celle qui s'accompagne des troubles urinaires les plus fréquents et les plus variés. Or ces troubles peuvent porter sur la fonction de sécrétion ou d'excrétion, sur la sensibilité, ou bien enfin ils consistent en phénomènes de réaction inflammatoire. — Il nous est impossible de suivre l'auteur pas à pas dans cette étude critique fort détaillée. Remarquons seulement, avec lui, que si les affections de la moelle épinière retentissent fréquemment sur les fonctions urinaires, celles-ci ont également quelquefois sur la moelle une influence pathogénique non douteuse. Quant à la valeur pronostique des symptômes urinaires dans le tabes, elle est très variable. De même, leur valeur diagnostique ne serait pas aussi grande que Geffrier le prétend. Il faudrait dire plutôt, comme A. Fournier, qu'en l'absence de maladies des voies urinaires, ces signes doivent faire soupçonner une affection du système nerveux, et en particulier l'ataxie, qui paraît une des plus fréquentes.

XVII. — X.., âgé de 36 ans, présente depuis 4 ans des signes d'ataxie confirmée, mais stationnaire. En mars 1884, après une crise de douleurs lancinantes localisées aux deux pieds, il voit sur les orteils des phlyctènes multiples, transparentes, à sérosité citrine ; elles couvrent le dos et la face interdigitale des orteils, et ont l'aspect d'une brûlure au 2e degré, avec une auréole rosée ; une enquête rétrospective apprit que, chaque année, X... avait éprouvé, après de vives douleurs, des poussées analogues qui deux fois s'étaient bornées à de vives rougeurs avec un léger soulèvement de la peau, et la 3e fois à des phlyctènes mieux formées. H. L.

XVIII. — Il s'agit de 3 malades ataxiques de la clinique de Erb, ayant tous des antécédents syphilitiques. Chez le premier, un homme de 59 ans, deux ans après le début des symptômes tabétiques, s'était produit une *rupture souscutanée et indolore du tendon d'Achille* gauche, survenue spontanément, sans efforts ni faux pas. Le talon correspondant était abaissé de 4 à 4 1/2 centimètres. Un mois plus tard, la différence de niveau entre les deux talons était réduite à 3 centimètres et entre les deux extrémités fusi-

formes du tendon rompu s'était formé un lien grêle et aplati qui permettait la marche.

Le deuxième, un homme de 48 ans, avant d'avoir aperçu aucun phénomène de l'ataxie locomotrice, avait dans l'espace d'une quinzaine et sans aucune douleur perdu toutes les dents de la mâchoire supérieure, dont aucune n'était cariée. En même temps, il s'était produit une atrophie de la portion alvéolaire du maxillaire supérieur. Le maxillaire inférieur n'offrait rien d'analogue.

Chez le troisième malade, un homme de 40 ans, il s'agissait d'une arthropathie de la hanche gauche, sans doute une fracture extracapsulaire du col fémoral. En se retournant dans son lit, cet homme avait perçu un craquement suivi d'un gonflement indolore de la totalité du membre, qui disparut, au bout de 8 semaines, en laissant un raccourcissement de 7 centimètres. C'est à la même époque et par la jambe fracturée que débutèrent les premiers troubles sensitifs de l'ataxie; ils ne se montrèrent dans la jambe droite que deux ans plus tard.

Les athropathies tabétiques paraissent plus rares en Allemagne qu'en France et en Angleterre, car, avant les faits rapportés par Hoffmann, on n'y connaissait que ceux de Westphal et de Seeligmüller (R. S. M. XX 152.)

XIX. — Chez une pensionnaire de l'asile de Rheinau qui était atteinte d'ataxie locomotrice, durant les sept ans de son séjour, on avait constaté seulement une fracture du col fémoral guérie par pseudarthrose. A l'autopsie, on trouva en outre une fracture du cubitus, deux fractures de l'omoplate et trois fractures du bassin ; une partie d'entre elles avaient donné lieu à des pseudarthroses.

XX. — Brieger relate l'histoire de deux femmes chez lesquelles un tabes dorsal fut longtemps méconnu, parce qu'on rapportait à la mobilité du rein droit les douleurs lancinantes qui étaient cantonnées dans l'appareil génito-urinaire (rachialgie, avec irradiations vésicales et vaginales et sentiment d'ardeur dans les parties génitales). L'une de ces malades avait subi, sans succès durable, l'immobilisation du rein flottant faite par suture.

XXI. — Le malade eut ses premières crises gastriques, à l'âge de 31 ans, en 1877. Pas d'antécédents syphilitiques.

Les symptômes offerts par cet homme offrent quelques particularités qui les distinguent du tabes ordinaire. La sensibilité est très peu troublée ; l'ataxie, peu considérable, ne s'observe qu'au moment des crises gastriques. Le réflexe rotulien persiste.

Comme phénomènes appartenant au tabes, outre les crises gastriques, le malade présente : une paralysie des deux sphincters pupillaires; un rétrécissement du champ visuel pour le jaune, un ralentissement des perceptions douloureuses seules. Entre temps, cet homme a subi sans succès l'extension du sciatique.

Aujourd'hui, après 4 ans d'observation, l'état ne s'est presque pas modifié. Cependant les intervalles libres entre les crises sont plus longs et, en 1883, le malade a eu quelques crises respiratoires s'accompagnant de fréquence de la respiration (jusqu'à 100) et du pouls (jusqu'à 120); il a également éprouvé quelques douleurs fulgurantes dans les bras et les jambes.

Mais le point qui a fixé spécialement l'attention de Sahli est celui-ci : durant une longue période, les matières vomies étaient extrêmement acides et gênaient le malade qui se plaignait de leur goût. Même lorsque l'estomac était à jeun depuis plus de 12 heures, on décelait toujours dans les vomissements la présence d'une grande quantité d'acide chlorhydrique. Le suc gastrique mêlé aux matières vomies digérait bien la farine, donc il contenait de la pepsine.

Sahli pense qu'il s'agissait d'une hypersécrétion provoquée par une action nerveuse d'origine centrale (lésions médullaires tabétiques), au même titre que la cardialgie et les vomissements.

Le fait pourrait avoir quelque intérêt diagnostique, car Sahli a vainement recherché l'acide chlorhydrique dans d'autres espèces de vomissements nerveux (grossesse, hystérie, néphrite).

D'autre part, ce n'est pas un phénomène indissolublement lié aux crises gastriques de l'ataxie, car cette acidité a disparu depuis quelques années, bien que le malade ait toujours des crises gastriques et Ewald, dans son travail sur la dyspepsie nerveuse, où il cite un cas de crises tabétiques analogues n'a pas trouvé d'acide chlorhydrique dans les vomissements.

XXII. — Un tabétique, quatre mois avant sa mort, avait eu une attaque apoplectique avec hémiplégie droite qui rétrocéda rapidement.

A l'autopsie, on trouva un foyer de ramollissement jaune, gros comme un pois, dans les segments moyen et inférieur du noyau lenticulaire; une dégénération grise des cordons postérieurs, une sclérose artérielle et un cœur graisseux.

Donc ici l'apoplexie était une complication et non un symptôme propre à l'ataxie (R. S. M. XXV, 554 et 555). J. B.

XXIII. — Sur au moins 500 tabétiques, Eulenburg n'a rencontré que trois cas où l'ataxie locomotrice s'était compliquée secondairement d'une atrophie musculaire progressive.

Voici l'un de ces cas qui a été suivi dès le début : Homme de 39 ans, sans antécédents héréditaires, mais sujet dès sa jeunesse à des migraines. Pas trace appréciable de syphilis ; mais cet homme, qui est marié, a eu 3 enfants dont aucun n'est venu à terme ou né vivant. Légère cyphoscoliose survenue dans ces dernières années.

Les premiers symptômes tabétiques sont apparus il y a 10 ans. En outre, depuis le commencement de juin 1883, le malade éprouve un sentiment de faiblesse dans les mains, plus marqué au niveau du pouce droit. Eulenburg constata dès lors un commencement d'atrophie de l'opposant des deux pouces et une suppression absolue de la fonction du court fléchisseur du pouce. Le 10 juillet, les mouvements d'extension des 3 derniers doigts étaient déjà considérablement bornés. Le 1er avril, l'extenseur propre de l'index était pris à son tour et il existait un peu d'émaciation du premier interosseux externe et de la faiblesse des muscles sacrolombaires, qui pouvait rendre compte de la cyphoscoliose. Depuis, l'atrophie musculaire progressive a continué son évolution. J. B.

XXIV. — Les conclusions du travail de Déjerine sont les suivantes :

1° Les scléroses médullaires n'ont pas de caractéristique histologique particulière, suivant qu'elles sont parenchymateuses ou interstitielles ; la sclérose médullaire est une, et sa division en sclérose diffuse et sclérose systématique doit être basée uniquement sur sa topographie, son mode de distribution, et non point sur des caractères histologiques particuliers ou prétendus tels ;

2° La sclérose latérale, que l'on rencontre quelquefois associée à la sclérose postérieure (sclérose combinée), est presque toujours une sclérose diffuse, débutant par la périphérie de la moelle, et relevant d'une altération méningée ; c'est une méningo-myélite corticale, à marche subaiguë ou chronique, suivant les cas ;

3° C'est une méningo-myélite par propagation, ayant comme point de départ la méningite spinale postérieure, qui est constante, comme on le sait, chez les tabétiques. A. GILBERT.

XXV. — Observation d'une femme de 75 ans, atteinte de contracture progressive des membres inférieurs et des muscles dorso-lombaires et chez laquelle on constatait en outre de l'athérome artériel. L'autopsie révéla-

une sclérose diffuse de la moelle ayant débuté au pourtour des vaisseaux médullaires correspondants et simulant la sclérose latérale amyotrophique. L'auteur rapproche ce fait de ceux analogues publiés par Letulle, Déjerine, Ballet etc., et conclut que certaines myélites ont bien pour lésion initiale l'endo-périartérite scléreuse des vaisseaux de la moelle et qu'elles peuvent se ranger sous deux chefs : scléroses en plaques disséminées et scléroses interstitielles diffuses, les unes syphilitiques, les autres liées à l'athérome généralisé. C. GIRAUDEAU.

XXVI. — Ce mémoire est basé sur deux observations qui viennent confirmer la précédente. L'une a trait à une malade atteinte de tabes spasmodique et à l'autopsie de laquelle on trouva une sclérose médullaire disséminée à la région cervico-dorsale, tandis que les cordons latéraux ne présentaient aucune trace de dégénérescence fasciculaire. Il existait en outre une endo-périartérite généralisée des vaisseaux de la moelle et des foyers miliaires hémorragiques nombreux dans l'épaisseur de cet organe.

Le second cas est celui d'une femme atteinte de rhumatisme chronique et d'athérome généralisé. Les membres inférieurs s'étaient contracturés progressivement. A l'autopsie, on constata de l'endo-périartérite des vaisseaux de la moelle; quelques points de sclérose périvasculaire et une hémorragie dans le sillon antérieur et autour d'un vaisseau de la commissure.

Comme dans le mémoire précédent, Demange croit que les lésions artérielles généralisées ouvrent la scène; autour des artérioles malades de la moelle se développent des foyers scléreux qui donnent consécutivement naissance aux troubles de la motilité constatés du vivant des malades. C. GIRAUDEAU.

XXVII. — Dans ce travail sont rapportées avec détails et autopsies plusieurs observations intéressantes d'arachnitis et de lepto-méningite spinale chronique, d'après lesquelles l'auteur émet quelques considérations dont nous extrayons les suivantes :

L'existence de plaques osseuses, au niveau de l'arachnoïde rachidienne, plaques qui ne sont pas rares chez le vieillard, est parfois le point de départ de lésions médullaires, qui se caractérisent cliniquement, tantôt par les symptômes de l'ataxie, tantôt par ceux de la sclérose en plaques.

Les lésions sont toujours superficielles, ne déterminant pas de dégénérescence ascendante ou descendante; consistant quelquefois dans l'atrophie des racines, lorsque les plaques siègent à leur niveau.

Dans les lepto-méningites chroniques, des scléroses médullaires peuvent se développer par propagation directe, en se localisant au siège de la méningite, sans tendance à la généralisation. OZENNE.

XXVIII. — 1° Il n'est pas rare d'observer, consécutivement à des lésions unilatérales du cerveau, des scléroses secondaires occupant systématiquement les deux cordons latéraux de la moelle épinière. Dans ces cas, la sclérose suit, dans le pédoncule, la protubérance et la pyramide antérieure, le trajet connu du faisceau pyramidal du côté correspondant à la lésion cérébrale. Elle devient brusquement bilatérale au-dessous de l'entre-croisement des pyramides.

2° Les altérations médullaires développées dans ces conditions sont quelquefois exactement symétriques, c'est-à-dire qu'elles sont également denses et également étendues des deux côtés; quelquefois elles sont plus intenses du côté correspondant à l'hémiplégie que du côté opposé. Les cordons de Türck sont en général épargnés ou ne présentent que

des altérations légères et partielles. Les autres parties de la moelle sont normales.

3° Les scléroses bilatérales de la moelle dépendent selon toute vraisemblance d'une anomalie assez fréquente dans l'entre-croisement de pyramides, anomalie d'après laquelle les fibres provenant d'un hémisphère cérébral se prolongeraient dans chacun des cordons latéraux.

4° Tous les symptômes bilatéraux de l'hémiplégie d'origine cérébrale ne sont pas nécessairement en rapport avec ce mode de distribution topographique des dégénérations secondaires. La diminution des forces dans les membres du côté non paralysé est un symptôme banal, commun à tous les cas d'hémiplégie dépendant de lésions destructives du cerveau. L'exagération bilatérale du réflexe rotulien, la contracture bilatérale des membres inférieurs peuvent exister dans des cas où la sclérose secondaire est exactement unilatérale, et peuvent, au contraire, ne pas se montrer dans des cas où elle occupe les deux cordons latéraux. Seuls les troubles persistants de l'équilibre et de la marche paraissent être plus persistants et plus graves quand la sclérose secondaire est bilatérale que quand elle est unilatérale. GILBERT.

XXIX. — Un homme de 48 ans aurait été pris après un refroidissement d'un affaiblissement progressif des jambes et peu après de troubles psychiques. La maladie était constituée uniquement par la lenteur et la difficulte de la marche, la station debout était pénible; l'occlusion des yeux n'amenait aucun trouble. Pas d'altération de la sensibilité, pas de crises viscérales, ni de désordres oculaires. A l'autopsie, on trouve les lésions d'une méningite cérébrale chronique, la moelle présentait une sclérose manifeste localisée à la partie la plus interne des cordons posterieurs, à la région cervicale et à la dorsale ; la moitié postérieure des cordons de Goll était seule atteinte ; à la région lombaire la lésion, plus étendue, s'enfonçait le long de la scissure et se rapprochait des racines postérieures. H-L.

XXX. — H. B.., âgée de 19 ans, a été traitée en mai pour de larges condylomes, en août pour une nouvelle poussée d'exanthème spécifique. Guérison rapide grâce à des frictions mercurielles.

Depuis cette époque, elle a éprouvé de la faiblesse dans la marche, et du tremblement des membres inférieurs. Cette faiblesse alla rapidement en s'accentuant.

Au moment de l'entrée, la marche est impossible sans aide ; elle est traînante, très incertaine. Il survient rapidement un tremblement très intense des membres inférieurs Sensibilité absolument intacte. Réflexes cutanés abolis ; réflexes tendineux très exagérés aux membres inférieurs, surtout à droite.

La malade fait chaque jour des frictions mercurielles.

Au mois de janvier, amélioration sensible ; au mois de février, la malade peut marcher sans être soutenue.

Morte le 28 juillet de phtisie pulmonaire. A la région dorsale de la moelle, les lésions siègent surtout sur le faisceau pyramidal et le faisceau cérébelleux. Les tubes nerveux ont complètement disparu ; la myéline est atrophiée, la névroglie un peu plus développée que normalement. On trouve aussi des cellules granuleuses interstitielles et des corps amylacés. Dans les faisceaux cérébelleux des cordons latéraux les tubes nerveux ont presque complètement disparu. Il y existe un réseau de névroglie assez développé.

A la région lombaire, ces mêmes lésions existent, mais atténuées.

A la région cervicale les lésions sont moins accentuées dans les cordons latéraux, mais plus marquées dans les faisceaux cérébelleux.

Il se serait donc agi d'une sclérose primitive des cordons latéraux, d'un tabes dorsal spasmodique d'origine syphilitique. ALBERT MATHIEU.

XXXI. — Il s'agit d'un cas de paralysie spasmodique des quatre membres avec douleurs au niveau du thorax et des membres inférieurs, chez un homme soupçonné de syphilis, et à l'autopsie duquel on constata une sclérose des cordons postérieurs et latéraux.

Les auteurs montrent que, dans les faits de ce genre, la symptomatologie est très complexe, et que les phénomènes morbides, tenus sous la dépendance de l'une ou de l'autre des lésions, peuvent prédominer, dans un sens ou dans l'autre, suivant que c'est celle-ci ou celle-là qui est le plus développée. De sorte que l'antagonisme qui existe entre certains symptômes de la sclérose latérale, et certains de ceux de la sclérose postérieure, semblent se résoudre de la façon suivante : l'avantage est à la lésion prédominante. DESCOURTIS.

XXXII. — L'étude importante que Babinski vient de consacrer à la sclérose en plaques peut se résumer dans les propositions suivantes :

Les traits essentiels de la sclérose en plaques, au point de vue histologique, sont constitués par la nature de la dégénération des tubes nerveux, analogue à celle qui s'observe dans le bout central d'un nerf sectionné au voisinage de la section, la persistance d'un grand nombre de cylindres-axes dénudés, l'intensité des altérations des parois vasculaires, enfin la disparition souvent complète de la myéline au centre des ilôts de sclérose.

La conservation persistante des cylindres-axes explique l'absence habituelle de dégénérations secondaires. Quant à la destruction des gaines de myéline, loin d'être un phénomène mécanique, elle est d'origine essentiellement vitale, et résulte de l'activité nutritive des cellules de la névroglie et des cellules lymphatiques.

Dans les scléroses systématiques secondaires on constate au contraire : une dégénération wallérienne des tubes nerveux, l'absence de cylindres-axes dénudés, la persistance au sein du tissu de sclérose d'un grand nombre de tubes à myéline, des lésions vasculaires nulles ou peu intenses.

La sclérose tabétique se rapproche plus, par l'ensemble de ses caractères histologiques, de la sclérose en plaques que de la sclérose secondaire.

Au point de vue clinique, la disparition des phénomènes paralytiques chez un sujet atteint de myélite indique d'une façon presque certaine qu'il s'agit d'une myélite non destructive, et peut conduire au diagnostic de sclérose en plaques.

L'hémiplégie dans cette maladie n'est pas toujours consécutive à une attaque apoplectiforme, et peut se développer progressivement. Elle peut constituer pendant longtemps le trait le plus saillant du tableau symptomatique, et faire croire ainsi à une lésion cérébrale en foyer.

Dans certains cas, que l'on pourrait qualifier de sclérose en plaques à forme destructive, on peut observer de la paralysie et de l'anesthésie des membres inférieurs, des troubles dans les fonctions de la vessie et du rectum, des escarres. L'évolution morbide peut également se faire d'une manière aiguë, et non chronique comme on le voit dans la plupart des cas.

Enfin, l'auteur admet, avec Westphal, l'existence d'une affection dont la symptomatologie est exactement celle de la sclérose en plaques, et dont les lésions échappent complètement à nos moyens d'investigation. On pourrait la dénommer : pseudo-sclérose en plaques.

Deux belles planches accompagnent et complètent cet intéressant travail. A. CHAUFFARD.

XXXIII. — L'auteur discute la question de la régénération des nerfs, et, s'appuyant en particulier sur une observation personnelle, cherche à prouver que la sclérose en plaques est une maladie curable; que la guérison peut être expliquée par une régénération des nerfs; que la régénération d'un certain nombre de tubes nerveux bien au-dessous du taux normal suffit pour déterminer la guérison; enfin que parmi les conditions inconnues qui favorisent la régénération des nerfs, et, par conséquent, la guérison de la maladie, il faut peut-être compter l'âge et l'intervention de la thérapeutique au début de la maladie ; il semble toutefois qu'il faudrait des faits plus nombreux et des guérisons de longue date pour trancher la question. DESCOURTIS.

XXXIV. — Ces deux syndromes, trépidation épileptoïde, exagération des réflexes rotuliens que beaucoup d'auteurs rattachent à une cause unique, la sclérose des cordons latéraux de la moelle ou tout au moins l'exagération morbide de la réflectivité spinale, ne sont pas, d'après l'auteur, si intimement liés l'un à l'autre qu'on a voulu le dire. Sans doute ils existent souvent en même temps chez un malade, mais on peut aussi les trouver séparés. L'auteur rapporte bon nombre d'observations d'affections les plus variées : rhumatisme chronique, lésions chroniques articulaires, entorse, fractures, fièvre typhoïde, etc., dans lesquelles le phénomène du pied existait seul. C. GIRAUDEAU.

XXXV. — Outre les paralysies que l'on a signalées à la suite de la variole, il est possible d'observer divers troubles de l'intelligence et de la sensibilité, et surtout des accidents ataxiformes. Les observations de Quinquaud, réunies à celles qu'il a empruntées aux auteurs, lui ont permis d'avancer : qu'il n'est pas extrêmement rare de rencontrer, dans le cours de la variole, des hallucinations de la vue et de l'ouïe, et des accidents de dépression, qui sont en général de courte durée ; qu'à la suite de la variole on peut observer des anesthésies et des hyperesthésies, associées ou non à une paralysie motrice ; enfin que des phénomènes ataxiques (fausse ataxie) se rencontrent aussi quelquefois consécutivement à la variole; ils sont en général précédés de désordres cérébraux, puis surviennent des troubles de la parole, du tremblement de la tête, de l'incoordination des mouvements dans les membres supérieurs et inférieurs, la sensibilité et la motricité étant souvent conservées. Ces derniers phénomènes, dont la durée est ordinairement très longue, ont une tendance à la guérison. DESCOURTIS.

XXXVI. — Les conclusions de Popoff sont :

1° Jusqu'à présent on ne connaît aucun fait positif confirmant la supposition d'Erb sur le caractère anatomique de la paralysie spasmodique;

2° Les symptômes cliniques de la paralysie spasmodique se rencontrent dans les affections variées de la moelle épinière ;

3° Parmi ces affections la première place appartient à la sclérose disséminée. W. H.

XXXVII. — On a cherché à expliquer par une commotion de la moelle épinière certains troubles fonctionnels, d'intensité variable, dont il n'était pas toujours possible de découvrir l'origine dans une lésion organique corrélative. Duménil et Pétel citent une observation personnelle, où la mort fut la conséquence d'une chute sur la tête, après 197 jours de maladie, et où ils constatèrent une sclérose commençante du faisceau latéral de la moelle et une dégénération granuleuse des cellules motrices de la substance grise. Ils citent également de nombreuses observations, puisées aux sources les plus différentes, et tendant à prouver que la commotion de la moelle est un fait réel, et que si, dans certains cas, on a pu constater des lésions consécutives, dans d'autres cas, les lésions n'expliquaient ni la nature ni la gravité des symptômes. Bien plus, elles faisaient parfois totalement défaut. — Ils en concluent que la commotion de la moelle épinière doit être maintenue dans l'état actuel de la science; qu'elle peut être l'origine de lésions inflammatoires consécutives; que ces lésions inflammatoires peuvent présenter la forme de myélites systématiques; enfin que la commotion peut exister à l'état latent et ne se révéler que par des troubles secondaires, variant depuis la simple congestion passagère jusqu'aux scléroses incurables. DESCOURTIS.

XXXVIII. — L'élongation des nerfs tend à jouer un rôle important dans la thérapeutique des maladies du système nerveux. Se basant sur ses expériences, faites dans le laboratoire du professeur Mierzejewski, l'auteur arrive à conclure que l'élongation du nerf sciatique exerce son action principalement sur la région lombaire et y produit une irritation traumatique avec hémorragies capillaires de la moelle à différents niveaux, ce qui contribue à l'atrophie de la corne postérieure, à l'amoindrissement de la partie intramédullaire des racines postérieures, et enfin à la vacuolisation et à l'atrophie des cellules nerveuses des cornes antérieures. De sorte que l'élongation des nerfs, entreprise dans l'ataxie locomotrice, serait toujours plus ou moins préjudiciable au malade, selon le degré de force employée, mais qu'elle ne peut jamais amener de soulagement durable, et encore moins de guérison. D.

XXXIX. — Le titre de ce curieux travail n'en donne qu'une idée incomplète. Le sujet, du reste, est assez obscur, et, si nouveau, qu'il faudra de nombreuses recherches pour y apporter quelque lumière. L'idée capitale est la suivante : un mouvement forcé du tronc, un traumatisme, une chute, un effort exagéré, ou même une mauvaise position trop longtemps conservée, déterminent des phénomènes nerveux variés, des douleurs, des anesthésies, qui sont sous la dépendance d'un tiraillement de la moelle épinière, particulièrement dans sa région lombaire, là où les mouvements de la colonne vertébrale ont le plus d'amplitude; et l'origine de ces troubles nerveux, désignés par l'auteur sous le nom de symptômes lombo-médullaires, est le plus souvent méconnue. Cette élongation étant un fait réel, prouvé d'ailleurs par des expériences sur le cadavre, il restait à en faire l'application thérapeutique. Aussi Hegar propose-t-il d'imprimer à la colonne vertébrale différents mouvements, localisés aux points sur lesquels on veut agir, de façon à distendre la moelle qui y est contenue. En faisant fléchir les jambes, il croit même ajouter à l'élongation de la partie inférieure de la moelle. De

la sorte, on ne dépasse pas les limites physiologiques de l'élasticité des nerfs, et il ne saurait être question de dégénération due à l'opération, ni de régénération consécutive. Beaucoup d'idées originales, et qui méritent de fixer l'attention. DESCOURTIS.

I. — On the pathology of pseudohypertrophic muscular paralysis, par G. MIDDLETON (*Glasg. med. journ., p.* 81, *août* 1884).

II. — Muscular atrophy after measles, in three members of a family (Atrophie musculaire après la rougeole), par J.-A. ORMEROD (*Brain, p.* 334, *octobre* 1884).

III. — On two cases illustrating the localisation of motor centres in the brachial enlargement of the spinal cord, par C.-E. BEEVOR (*Brit. med. j., p.* 784, *août* 1885).

IV. — Contribuzione allo studio della nevrite multipla primitiva, par GROCCO (*Annali univ. di med. e chir., janvier* 1885).

V. — Ueber Zwei Fälle von Neuritis multiplex (Deux cas de névrite multiple), par Hermann OPPENHEIM (*Deutsch. Arch. f. klin. Med., Band XXXVI, Heft V-VI, p.* 561).

VI. — Des névrites périphériques, par A.-H. ROGER (*Encéphale, p.* 140, 1885).

VII. — Des troubles de nutrition liés aux lésions périphériques du système nerveux, par MAYET (*Lyon méd.,* 14 *juin* 1885).

VIII. — Hyperidrosis unilateralis, par RIEHL (*Wien. med. Presse, n°* 34, 1884).

IX. — Studii e considerazioni sulla corea elettrica, o malattia del Dubini, par GROCCO (*Annali univers. di med. e chir., novembre* 1884).

X. — Attaques hystériques ayant simulé l'état de mal épileptique, par MARIE (*Progrès médic.,* 20 *septembre* 1884).

XI.—Case in which attacks of intermittent tonic muscular spasms, etc. (Spasmes musculaires intermittents accompagnés de paralysie), par A. Hughes BENNETT (*Brain, p.* 492, *janvier* 1885).

XII. — Arthritis neurotica, its causation and treatment, par J. MAC ARDLE (*The Dublin j. of med. sc., p.* 490, *juin* 1885).

XIII. — Does reflex paralysis occur? (Existe-t-il une paralysie réflexe ?), par J. C. NIXON (*Ibid., p.* 207, *septembre* 1884).

I. — L'auteur rapporte quatre observations typiques de paralysie pseudo-hypertrophique, remarquables par leur caractère de maladie héréditaire, de famille. De deux examens histologiques minutieux, il conclut à la nature myopathique de la maladie. Les lésions du système nerveux central ou périphérique, signalées dans d'autres cas, seraient accidentelles ou banales. A. CHAUFFARD.

II. — Relation fort intéressante de trois cas d'atrophie musculaire progressive, survenue après la rougeole, avec cette particularité que deux des enfants atteints étaient frère et sœur, et que le troisième malade était leur père. Quatre autres enfants étaient en bonne santé.

L'auteur insiste sur cette étiologie, et rappelle que les maladies éruptives se compliquent plus ordinairement de myélite des cornes antérieures,

de poliomyélite antérieure subaiguë, que d'atrophie musculaire progressive. Il insiste sur les caractères de cette atrophie, qui rappelle celle décrite par Erb chez les héréditaires : l'envahissement initial et progressif des muscles de l'épaule et du bras, puis des pectoraux, des trapèzes et des rhomboïdes, finalement des muscles de l'éminence thénar, qui ne sont pris que tardivement. Il rappelle l'absence de contractions fibrillaires, la conservation des réflexes tendineux, la non-contractilité faradique des muscles et la diminution de leur contractilité galvanique ; enfin, la tendance à l'accumulation de graisse à la place de la fibre musculaire absente : tous caractères qui rattachent cette affection aux myopathies héréditaires si bien décrites par Landouzy. H. R.

III. — *Obs. I.* Atrophie musculaire progressive chez un batteur d'or âgé de 38 ans; début, trois ans auparavant, par les muscles de la région postérieure de l'avant-bras droit, et les interosseux de la main. Un an plus tard, envahissement du bras gauche ; finalement, affaiblissement des membres inférieurs quelques mois avant la mort.

Obs. II. Jeune homme de 18 ans, atteint jadis de paralysie infantile, à l'âge d'un an. Il était resté une impotence du bras gauche, avec atrophie musculaire.

Le point intéressant, dans ces deux observations, est le groupement des muscles atrophiés, qui répondait parfaitement à la loi posée par Ferrier et Burney Yeo, sur la distribution des branches motrices du plexus cervical.

Chez le premier malade, les groupes des muscles malades de préférence appartenaient aux 4ᵉ, 5ᵉ et 8ᵉ paires cervicales et à la 1ʳᵉ dorsale du côté droit, tandis que, à gauche, c'étaient les 4ᵉ et 5ᵉ paires cervicales qui étaient uniquement affectées. — Chez le second malade, la lésion portait presque uniquement sur les 6ᵉ et 7ᵉ paires cervicales, très accessoirement sur les 4ᵉ et 5ᵉ.

Hughlings Jackson, à propos de ces faits, montre qu'en excitant la seconde racine motrice dorsale chez le singe, on produit une dilatation de la pupille, et, en même temps, une excitation des muscles intrinsèques de la main. Dans un cas d'atrophie musculaire progressive, à une époque où les muscles interosseux de la main étaient presque les seuls intéressés, il a observé que la pupille correspondante était moins dilatée que celle du côté opposé, et qu'elle n'obéissait plus aussi rapidement aux impressions lumineuses.

Ferrier, revenant sur la disposition des nerfs dans le plexus brachial, admet que chaque racine motrice est préposée à l'accomplissement d'un mouvement défini, mais que la distribution en plexus est nécessitée par la mise en jeu simultanée d'un certain nombre de muscles pour faire les mouvements associés. H. R.

IV. — La polynévrite spontanée est favorisée par l'état d'épuisement des sujets, par l'allaitement par exemple, plus sûrement encore par le refroidissement et peut-être par des émotions, par la peur. Joffroy a rapporté un fait de névrite parenchymateuse du bras gauche consécutif à une variole confluente grave. L'auteur cite un fait de polynévrite, après une varioloïde. Ces polynévrites ne sont pas toujours symétriques. La paralysie du voile du palais, l'aphonie indiquent la participation des nerfs crâniens. Des crises viscérales correspondent aux polynévrites viscérales : tels sont les douleurs en accès de l'épigastre, avec nausées et vomissements, l'ischémie, la strangurie, certaines dyspnées, l'apnée, les attaques d'angine de poitrine. Il n'y a pas un rapport constant entre le

degré et la rapidité de l'atrophie et entre la diminution ou l'abolition de la contractilité faradique des muscles : ceux-ci, presque disparus, réagissent encore quelquefois, et d'autres fois sont inertes. Parmi les altérations de nutrition des parties paralysées, on signale des bulles pemphigoïdes, sans parler des lésions de décubitus. La marche peut offrir des rémissions, des exacerbations, des récidives; les muscles, presque disparus, peuvent se régénérer; au contraire, la marche peut dans certains cas être continue, progressive, durer des mois avant que la maladie se termine. Dans deux cas on n'a pas noté de retard dans la transmission de la sensibilité cutanée, retard qui ne doit pas manquer, selon Erb et Westphal. BALZER.

V. — L'auteur résume lui-même les deux cas observés de la façon suivante :

1° Début par de la faiblesse dans les membres inférieurs et bientôt après dans les membres supérieurs; paresthésies, douleurs par la pression et les mouvements ; paralysie atrophique des muscles extenseurs des pieds et des orteils, parésie des muscles du mollet; paralysie dans le domaine des nerfs radiaux. — Réaction de dégénérescence partielle et incomplète. — Muscles et nerfs douloureux à la pression. — Troubles de la sensibilité dans les mains et les pieds. Phénomène de Westphal. — Amélioration progressive; persistance de la paralysie dans le domaine des deux nerfs péroniers.

2° Début par des vertiges, des vomissements ; paresthésies dans les mains et les pieds, faiblesse des extrémités supérieures et inférieures. Deux mois plus tard, à un nouvel examen, on constate une paralysie plus ou moins complète des mouvements des pieds et des mains; de l'atrophie avec réaction de dégénérescence dans les muscles correspondants; des douleurs spontanées sur le trajet des muscles et des nerfs; une diminution de la sensibilité des pieds et des mains. Disparition des réflexes rotuliens et cutanés. Attaques de dyspnée. Amélioration progressive; toutefois les pieds demeurent paralysés. ALBERT MATHIEU.

VI. — De toutes les névrites, ce sont les névrites périphériques localisées qui sont le plus connues et le plus faciles à étudier. D'autres fois, au contraire, les altérations périphériques tiennent sous leur dépendance les troubles les plus variés, simulant d'une façon parfaite les affections réputées médullaires. Ce sont alors les névrites généralisées, ou polynévrites. Dans ce cas, on se trouve en présence d'une affection ascendante ou exceptionnellement descendante, débutant le plus souvent par des douleurs dans les extrémités, suivie de paralysie motrice avec atrophie rapide des masses musculaires; puis rétrocession des phénomènes et guérison plus ou moins complète. Le diagnostic est des plus difficiles, mais, dès aujourd'hui, on est en droit de se demander, en face d'une amyotrophie, si elle est d'origine centrale ou périphérique.

DESCOURTIS.

VII. — L'auteur étudie, à l'aide d'observations nouvelles, quelle peut être la théorie applicable aux troubles trophiques consécutifs aux lésions nerveuses. Aucune des théories proposées ne lui semble acceptable d'une façon absolue; l'absence d'innervation n'est qu'une des causes de ces troubles et il faut faire une plus large part aux phénomènes vasculaires, que ne l'ont établie Morat et Duplay. Dans bien des cas, la marche clinique, les troubles circulatoires observés, la nature des lésions constatées à l'autopsie plaident en faveur d'une lésion conco-

mitante de la névrite. De plus, la lésion des nerfs n'est pas uniforme: à côté des névrites à forme dégénérative, il existe des inflammations à processus mixte, et enfin des formes très nettement irritatives. Cette lésion de névrite parenchymateuse domine souvent la scène et c'est à ces troubles irritatifs plus qu'à l'absence d'innervation qu'il faut rapporter un certain nombre des troubles de nutrition observés chez ces malades. Les troubles vaso-moteurs ne sont pas dépendants, ils sont contemporains des troubles nutritifs des nerfs et ont une part égale dans le développement et la marche des accidents. A. C.

VIII. — Dans ce cas d'hyperydrose unilatérale, l'auteur a trouvé à l'autopsie des lésions du ganglion cervical supérieur du grand sympathique.

Une femme de 41 ans, venant à l'hôpital pour un cancer du col de l'utérus, se plaint d'avoir à certains moments des douleurs au côté gauche de la tête, avec sensation de chaleur, rougeur et sudation abondante du même côté. L'auteur assiste à un de ces accès; la rougeur est limitée par une ligne qui passe exactement au milieu de la face, la sécrétion sudorale est tres abondante à gauche; du même côté, contrairement à ce qui devrait exister, la pupille est dilatée. L'accès dure 36 heures. Il ne s'est pas prolongé autant que les précédents et ne s'est pas compliqué de vomissements. On remarquera l'excitation des filets pupillaires coïncidant avec la paralysie des vaso-moteurs.

Mort quelques jours après.

A l'autopsie, le ganglion cervical supérieur gauche est deux fois plus gros que le droit; il est rouge, injecté, semé de points hémorragiques. Sur toutes les coupes le microscope montre une abondante infiltration de cellules rondes. Les cellules d'un groupe unique sont atrophiées. Il y a là les traces de l'inflammation chronique. L. GALLIARD.

IX. — La chorée électrique se manifeste comme une maladie endémique, presque spéciale à la Lombardie; et elle se montre par séries espacées dans les hôpitaux. Elle est quelquefois précédée de prodromes et peut avoir une marche rapide avec une fièvre un peu analogue à celle des fièvres infectieuses . abattement général, fuliginosités, langue sèche et noire, hypostase pulmonaire, gargouillement iléo-cœcal, sudamina, roséole, papules (Frua). L'urée est augmentée dans l'urine (Stefanini); il y a de l'albuminurie et quelquefois de la peptonurie (Grocco), nouvelle preuve en faveur de l'opinion d'une maladie infectieuse. Les lésions anatomiques, jusqu'à présent, n'expliquent pas la symptomatologie, surtout en ce qui concerne le système nerveux. Il est vraisemblable que la chorée est toujours une maladie cérébrale, et le plus souvent une maladie cérébro-spinale. L'auteur a surtout pour but dans ce travail de montrer la nature infectieuse de cette maladie, bien que l'agent infectieux ne soit pas encore démontré. Le gonflement de la rate et des plaques de Peyer, les altérations du sang qui se présentent à l'autopsie avec les mêmes caractères que dans les maladies infectieuses lui paraissent aussi des arguments importants en faveur de cette opinion.

F. BALZER.

X. — H..., âgée de 31 ans, présente des antécédents héréditaires et personnels très accusés; elle est atteinte d'anesthésie totale sensitive et sensorielle; le 15 avril, à la suite d'une peur, elle est prise d'attaques se montrant par groupes. Le premier phénomène observé chez elle est l'émission d'un cri faible, puis les membres droits, le cou et la nuque sont pris d'une rigidité

tétanique, les membres gauches se contracturent un peu ; quatre à six secondes après, le membre thoracique droit et la tête sont agités de secousses vives, puis les membres gauches et ensuite les droits deviennent flasques. Presque aussitôt un nouveau cri se fait entendre et l'attaque recommence ; et ainsi de suite pendant douze à trente minutes ; avant la fin de chaque série, la malade présente une ébauche d'attitude passionnelle, quelques mouvements épileptiformes, se couche sous ses draps en boule, puis reprend connaissance, pleure un peu, puis se remet à causer ; au bout de quinze à trente minutes survient une nouvelle série.

Du 16 au 29 avril, elle eut chaque jour un nombre d'attaques variant de 84 à 537, la température oscillant entre 37,7 et 38,5.

Le 29, elle présenta des troubles gastro-intestinaux, vomissements, constipation, douleur abdominale, avec fièvre intense 40,1 ; en même temps les attaques s'arrêtent et l'anesthésie disparaît ; un purgatif, donné le premier mois, amène une débâcle intestinale, arrête la poussée fébrile et, le 2 mai au matin, la malade va bien, mais est anesthésiée.

Le 8 mai, grande attaque hystéro-épileptique.

Le 2 juin, retour des attaques en série, dont le nombre s'élève de 113 à 776 le 5, à 1,760 le 8 et retombe à 567 le 16, où elles s'arrêtent. La température matinale reste vers 37,4 ; la vespérale, vers 37,8 à 38. Les vomissements ont reparu ainsi que la tendance à la constipation, combattus par le calomel *fracta dosi* et des lavements.

Le nombre total des attaques pendant la première série avait été de 4,506, pendant la seconde de 17,083 ; la durée des groupes d'attaques a varié de douze à cinquante minutes. H. L.

XI. — L'affection dont cette jeune femme, âgée de 17 ans, est atteinte, a débuté, trois jours après sa naissance, par une convulsion : à partir de ce moment, elle devint sujette à des défaillances fréquentes, pendant lesquelles les yeux se tournaient ; puis, en grandissant, les crises firent place à des attaques spasmodiques semblables à celles qu'elle présente aujourd'hui.

A. *Etat dans l'intervalle des attaques.* — Jeune fille d'apparence pâle et délicate. Expression particulière du visage, due à une certaine instabilité des globes oculaires, mais sans strabisme : pupilles normales et vision naturelle. Légers mouvements choréiformes de la bouche, parole un peu précipitée, mal articulée. Intelligence au-dessous de la moyenne, lenteur des idées, mémoire défectueuse, allures enfantines : l'enfant n'a jamais pu lire ni écrire. Appareil musculaire intact, sauf quelques mouvements choréiques, contractilité galvanique exagérée : sensibilité normale, réflexes patellaires augmentés d'intensité.

B. *Etat au moment des attaques.* — Début brusque, par une sorte d'aura : puis survient une contraction tonique de certains groupes de muscles qui contractent les membres et leur impriment de véritables distorsions. Les parties ainsi contracturées sont absolument immobiles et rigides, et leur position ne peut être changée, ni par la volonté de la malade, ni par la violence. Il n'y a pendant ce temps-là aucun désordre intestinal, pas la moindre perte de connaissance : la malade éprouve seulement des douleurs analogues à des crampes. Au bout de cinq minutes, la contracture disparaît et est remplacée par une paralysie flasque qui atteint exactement et exclusivement les membres contracturés.

Cette apparence dure dix minutes en moyenne, et alors les muscles reviennent à leur état normal. Ces crises se reproduisent fréquemment, parfois plusieurs en une journée : elles sont variables d'intensité et d'étendue, atteignant tantôt un segment de membre, tantôt tout un côté du corps, suivant des types variables où prédominent les mouvements de flexion et d'extension, d'abduction ou de rotation en dedans. Les mêmes contorsions se voient

également à la face et aux muscles du pharynx et du larynx ; la malade ne peut avaler, le cou est rigide, la figure couverte de sueur, l'oppression est considérable : mais à aucune période la malade n'éprouve ni hallucination, ni désordres passionnels.

Cet état de choses n'a jamais pu être modifié par aucun traitement.

L'auteur définit le diagnostic de cette curieuse affection et montre qu'il ne s'agit pas là d'une maladie de Thomsen, ni d'une forme grave de tétanie, ni de l'hystéro-épilepsie, puisqu'il n'y a jamais de perte de connaissance ni de phénomènes passionnels. C'est cependant de cette dernière maladie que se rapproche le plus le cas actuel, et l'auteur pense qu'il s'agit là d'une lésion, ou tout au moins d'un trouble dynamique portant sur l'écorce cérébrale. H. R.

XII. — Sous ce titre, l'auteur rapporte sept observations d'arthropathies consécutives à des lésions de méningo-myélite, soit traumatique, soit spontanée. Dans tous ces cas, le symptôme prédominant était une paraplégie plus ou moins complète, accompagnée d'un gonflement douloureux des jointures, d'un état ichthyosique de la peau, et de troubles trophiques des ongles.

L'œdème offre ceci de spécial, qu'il est dur, ne se laisse pas déprimer sous le doigt, et masque une atrophie notable des masses musculaires. La douleur provoquée à la pression se fait sentir de préférence le long des os, plutôt qu'aux articulations. Les réflexes sont souvent exagérés.

L'auteur établit le diagnostic différentiel avec :

(*a*) Les arthropathies des ataxiques. Ici la douleur manque, l'hydarthrose est considérable, les déformations osseuses rapides ; la maladie articulaire est antérieure à la paraplégie

(*b*) Les arthropathies rhumatismales et goutteuses. Elles s'en distinguent : par l'absence de fièvre, par la présence de la paraplégie générale ou partielle, par la douleur osseuse à la pression, par l'œdème dur et l'atrophie musculaire. Il n'y a pour ainsi dire jamais d'hydarthrose, mais de l'œdème péri-articulaire. Enfin le traitement de la goutte et du rhumatisme est absolument inefficace.

Ces différences rendent le diagnostic très facile dans les cas extrêmes ; mais il y a une série de types intermédiaires où les arthropathies nerveuses confinent singulièrement à l'arthrite déformante et au rhumatisme noueux, car ces dernières affections donnent fréquemment lieu à des atrophies musculaires.

L'auteur conseille, comme traitement des arthropathies d'origine spinale, l'immobilité de la jointure, l'emploi de révulsifs sur la colonne vertébrale, l'administration du bichlorure de mercure à l'intérieur, dans les cas récents de la strychnine et de la digitale plus tard : enfin, après cessation de la douleur, le massage, les frictions et l'électrisation sont indiqués. H. R.

XIII. — L'analyse des faits considérés comme des exemples de paralysie réflexe conduit l'auteur aux conclusions suivantes :

1° Les cas de paralysie des nerfs orbitaires et l'amaurose consécutive aux affections de la cinquième paire ne sont pas des paralysies réflexes, mais bien des névrites propagées d'un nerf à un autre nerf : ou bien ce sont des affections coïncidentes de différents nerfs.

2° Pour la paraplégie consécutive aux maladies des voies urinaires,

il en est de même : on ne saurait accepter qu'il s'agisse d'un spasme des vaisseaux sanguins de la moelle.

3° S'il existe véritablement des paralysies réflexes, ce sont des paralysies par inhibition. Il n'y a pas lieu nécessairement d'invoquer le mécanisme de la névrite ou de la myélite.

4° Les trois conditions d'irritation périphérique qui donnent naissance à la paraplégie sont les maladies des voies urinaires, la dysenterie et certaines affections utérines.

5° Ces paraplégies reconnaissent plusieurs mécanismes : tantôt c'est une névrite ascendante aboutissant à de la myélite; tantôt c'est une myélite consécutive à la phlébite vésicale; enfin ce peut être une névrite descendante envahissant le plexus sacré et les nerfs sciatiques.

H. RENDU.

I. — De la nature et du traitement de la chorée, par JOFFROY (*Progrès médical*, 30 *mai*, 13 *juin* 1885).

II. — *Idem*, **par Th. SARIC** (*Thèse de Paris*, 1885).

I. — Joffroy discute la valeur de l'opinion qui établit une relation de causalité entre le rhumatisme articulaire aigu et la chorée. D'abord les manifestations articulaires sont plus rares qu'on ne dit; il les a rencontrées 4 fois sur 18 cas; sur ces 4 enfants un seul avait eu antérieurement un rhumatisme articulaire aigu; chez les trois autres il y eut des arthralgies à début brusque, de courte durée, précédant de peu l'apparition de la chorée — il y a donc des arthropathies préchoréiques, mais elles ne sont point rhumatismales; elles sont à début brusque, à localisations peu étendues, parfois régulièrement hémiplégiques, à évolution rapide et ordinairement apyrétique. Dans la plupart des chorées le réflexe patellaire est très diminué ou aboli. En résumé la chorée n'est jamais rhumatismale; le rhumatisme peut comme toute autre affection, scarlatine, pneumonie, etc., devancer et provoquer son éclosion.

Joffroy explique les troubles moteurs, psychiques, sensitifs, les lésions de l'endocarde, des séreuses, des méninges, par l'hypothèse de la chorée envisagée comme une maladie d'évolution, atteignant l'axe cérébro-spinal et liée à la croissance — c'est une névrose cérébro-spinale.

Comme traitement il conseille le chloral : 4 grammes au-dessus de 10 ans en 3 fois en solution aqueuse mélangée dans de la confiture de groseille — dans les cas graves, le drap mouillé à l'eau froide, avec frictions énergiques.

II. — Saric expose l'opinion de son maître Joffroy et publie un assez grand nombre d'observations confirmatives. H. LEROUX.

Experimentelle Untersuchungen ueber das Kniephänomen (Recherches expérimentales sur le phénomène du genou), par SCHREIBER (*Archiv für experimentelle Pathologie und Pharmak.*, *Band XVIII*, *Heft* 3 *et* 4, *p.* 270).

On a beaucoup discuté sur la nature et le mécanisme de production du phénomène connu sous le nom de « phénomène du genou ». Un point sur lequel on était tombé d'accord, c'est que la contraction du quadriceps fémoral, qui constitue l'incident capital du phénomène du genou, a pour point de départ une excitation directe du tendon rotulien

de ce muscle. Schreiber relate des expériences qui semblent démontrer que le phénomène du genou peut être provoqué par une excitation atteignant indifféremment les aponévroses voisines du ligament rotulien, la capsule articulaire et les surfaces articulaires du genou.

Relativement au mécanisme de production du phénomène du genou, les uns, à la tête desquels figure Westphal, admettent qu'il s'agit d'une contraction du quadriceps consécutive à une irritation propagée directement du tendon au muscle; les autres en font un phénomène réflexe. C'est à cette dernière opinion que se rallie Schreiber, après avoir exposé une série de résultats expérimentaux qui démontrent l'insuffisance de la théorie de Westphal.

Enfin Schreiber rappelle qu'il a réussi à renforcer ou à développer le phénomène du genou chez des malades chez lesquels ce phénomène était affaibli ou supprimé, en exerçant des frottements prolongés et méthodiques sur la face antérieure de la jambe. Le même résultat ne peut être obtenu quand on excite la peau de la jambe avec d'autres agents (calorique, électricité, sinapismes). Il ne s'agit donc pas d'un effet dû à une excitation des nerfs cutanés ; le frottement a pour effet de mettre le tendon rotulien, les aponévroses avoisinantes, la capsule articulaire dans un état de tension tel que des excitations de ces tissus, impuissantes auparavant à produire la contraction réflexe du quadriceps fémoral, deviennent maintenant capables de donner ce résultat.

Le travail de l'auteur se termine par une étude concise du myogramme fourni par le relevé graphique du phénomène du genou. E. RICKLIN.

I. — Ueber Dysphagie bei Erkrankungen von Bronchialdrüsen (Sur la dysphagie dans le cours des affections des ganglions bronchiques; remarques sur les causes mécaniques du cancer de l'œsophage), par Otto KOERNER (*Deut. Arch. f. klin. Med., Band XXXVII, p.* 281).

II. — Beiträge zur Casuistik der Œsophaguserkrankungen (Contribution à l'histoire clinique des affections de l'œsophage), par H. REHER (*Ibid., Band XXXVI, p.* 454).

III. — On a case of parasitic disease of the stomach (Maladie parasitaire de l'estomac), par Cecil DICKSON (*The practitioner, avril* 1885).

IV. — Beiträge zur Pathologie des Magens (Pathologie de l'estomac), par H. SCHELLHAAS (*Deut. Arch. f. klin. Med., Band XXXVI, p.* 427).

V. — Ueber nervöse Dyspepsie, par LEUBE (*Berl. klin., Woch.*, 26 *mai* 1884).

VI. — Die Neurasthenia dyspeptica, par A. EWALD (*Ibid.*, 26 *mai et* 2 *juin* 1884).

VII. — Discussion au 3e congrès de médecine de Berlin.

VIII. — Ueber einen Fall von nervöser Dyspepsie, par SCHULE (*Ibid.*, 21 *juillet* 1884).

IX. — Ueber sogenannte Dyspepsia acida, par M. REICHMANN (*Ibid.*, 1er *décembre* 1884).

I. — L'auteur rapporte deux cas de compression de l'œsophage par les ganglions bronchiques hypertrophiés.

Dans le premier cas, dans lequel du reste l'autopsie n'a pas été faite, le malade avait rendu, à la suite de quintes de toux, des concrétions calcaires mûriformes. D'autre part, la déglutition des liquides amenait des accès d'étouffement, et le rejet par la toux de liquide mélangé de mucosité. Il est donc vraisemblable qu'il y avait eu compression de l'œsophage par les ganglions bronchiques augmentés de volume et perforation de l'œsophage, rejet de concrétions d'origine ganglionnaire et communication permanente entre l'œsophage et les bronches.

Dans le second cas, un homme de 55 ans, buveur, présente, en mars 1883, de la gêne de la déglutition. On passe une sonde sans rencontrer d'obstacle ; en mai cette gêne de déglutition disparaît. Quelques jours après, il se fait une vomique d'odeur fétide, puis de la bronchite généralisée. Il y a de la matité avec souffle bronchique entre la colonne vertébrale et l'omoplate gauche. Au commencement de juin l'expectoration diminue, son odeur est moins fétide ; la gêne de déglutition reparaît ; mort vers la fin de juin avec des phénomènes cérébraux.

A l'autopsie, rétrécissement de l'œsophage situé au niveau de la bifurcation des bronches. Ce rétrécissement est provoqué par la présence de tissu cicatriciel autour de l'œsophage. Dans l'œsophage il existe une dilatation dans laquelle s'abouche une fistule qui communique avec la cavité de ganglions œsophagiens en voie de destruction. Il existe une poche d'abcès qui communique avec la bronche droite. Le bord supérieur et le bord inférieur du rétrécissement œsophagien présentent une infiltration cancéreuse peu prononcée, non ulcérée. Il n'y a pas d'ulcérations dans l'œsophage, pas trace de cancer dans la poche de l'abcès non plus que dans les ganglions bronchiques. Dans les poumons, ectasies bronchiques avec foyers broncho-pneumoniques et bronchite purulente. Au cerveau, pachyméningite chronique, vieux foyer hémorragique et abcès métastatique.

L'auteur pense que le cancer est dû à l'irritation plus vive de la muqueuse œsophagienne au niveau du rétrécissement, par le passage des fragments alimentaires.

Il rapporte encore deux autres observations de rétrécissement de l'œsophage par compression causée par les ganglions bronchiques. Le travail se termine par des considérations sur le diagnostic de cette variété du rétrécissement de l'œsophage. A. MATHIEU.

II. — L'auteur rapporte d'abord un cas curieux d'ulcère simple de l'extrémité inférieure de l'œsophage. Les symptômes observés pendant la vie avaient été à peu près ceux de l'ulcère rond de l'estomac : douleurs à l'épigastre avec retentissement dans le dos, vomissements, hématémèse, mélæna. Après une période assez courte d'amélioration, il était survenu des phénomènes de rétrécissement du cardia et la mort était arrivée par épuisement.

A l'autopsie on fut fort étonné de trouver l'estomac sain, exempt de toute ulcération ; mais il existait un ulcère étendu de l'extrémité inférieure de l'œsophage, avec perforation en entonnoir dans la direction du foie. Il ne s'agissait pas d'un cancer, mais d'une simple ulcération, semblable à celle qui constitue l'ulcère rond de l'estomac.

Reher pense du reste que cette lésion reconnaît pour mécanisme, comme dans l'estomac, l'action digestive du suc gastrique. Il cite un certain nombre de faits semblables relevés dans les auteurs.

Viennent ensuite plusieurs observations de rétrécissement de l'extrémité, ou mieux de l'embouchure inférieure de l'œsophage.

Dans la première, il y avait un carcinome de la petite courbure de l'estomac développé surtout au pourtour de l'insertion de l'œsophage, dont les tuniques musculaires étaient augmentées de volume ; de plus, l'œsophage

était dévié de sa direction normale de telle sorte qu'il existait à son extrémité inférieure une sorte de poche susceptible d'arrêter la sonde. Une plaque carcinomateuse semblable se trouvait dans un autre cas chez un jeune homme de 19 ans. Chez un autre malade encore, qui n'avait jamais eu de vomissements, une masse carcinomateuse existait au niveau de la petite courbure. Elle tirait et déviait en dedans l'extrémité du conduit œsophagien, de telle sorte qu'il y avait une sorte de valvule constituée par l'obliquité même du trajet du conduit à travers la paroi gastrique comme cela se fait pour les uretères à leur entrée dans la vessie. Les aliments pouvaient entrer dans l'estomac, ils ne pouvaient pas être expulsés.

Enfin, dans deux autres observations, il est question de polypes de l'œsophage ; il s'agissait une fois d'un myome, l'autre fois d'un papillome. A. M.

III. — H. M..., 21 ans, était bien portante jusqu'en avril 1884, lorsqu'elle tomba malade avec de la fièvre et des douleurs abdominales. Ces symptômes se calmèrent bientôt; mais des vomissements ne tardèrent pas à se montrer, et à devenir si fréquents que la malade ressentit une grande faiblesse ; les matières étaient verdâtres et aqueuses. Pas d'appétit, soif modérée, langue sale le matin, les dents sont agglutinées par une substance visqueuse ; les vomissements apparaissent, à intervalles irréguliers, trois ou quatre fois par jour, sans relations avec les repas ; la quantité des matières était considérable, souvent un litre et demi chaque fois ; la couleur et la consistance était celle d'une soupe aux pois; pas de mucosités, réaction acide.

Au microscope, on constata des bacilles en grand nombre ayant une longueur d'une fois et demi les corpuscules rouges du sang ; plusieurs étaient plus longs et étaient évidemment formés par l'union de quelques segments ; leur largeur était constante et supérieure à celle du bacille charbonneux. Leur forme est cylindrique avec des extrémités coupées carrément ; ils sont immobiles. Les spores se voyaient dans l'intérieur des bacilles ; quelques-uns étaient séparés. Ils étaient facilement colorés avec le brun de Bismarck, le violet de gentiane, la méthylaniline, moins avec l'éosine et pas du tout avec l'iode.

On commença un traitement parasiticide avec 75 centigrammes de sulfophénate de sodium après chaque vomissement. Il y eut une amélioration immédiate et bientôt guérison complète.

Du fait que les symptômes ont disparu avec le traitement antiparasitaire, l'auteur conclut que les bacilles ont été la cause de la maladie. Quant à l'étiologie, il ne peut fournir aucun renseignement précis. BAZILE FÉRIS.

IV. — Le violet de méthylaniline, la tropéoline et le chlorure de fer phéniqué sont des réactifs appropriés de l'acide chlorhydrique libre et de certains acides organiques : ces différents réactifs ne s'emploient pas indifféremment à la recherche des divers acides. Le violet de méthylaniline et la tropéoline servent surtout à la démonstration de l'acide chlorhydrique, tandis que le chlorure de fer phéniqué est plus propre à démontrer la présence de l'acide lactique et de l'acide butyrique. Toutefois, les autres réactifs doivent toujours être employés comme moyens de contrôle.

L'absence d'acide chlorhydrique libre dans la dilatation de l'estomac due au cancer du pylore est attribuable à la présence même du carcinome, et non à la cachexie, au catarrhe gastrique ou à la destruction de la muqueuse.

Sous l'influence de la fièvre, l'acide chlorhydrique libre peut disparaître momentanément. Il en est de même dans la dyspepsie nerveuse : souvent aussi, il se trouve alors combiné aux acides organiques.

Les acides lactique et butyrique que l'on rencontre si souvent dans les dilatations de l'estomac qui ne sont pas dues au cancer du pylore disparaissent rapidement sous l'influence du lavage de l'estomac.

Le lavage dans ces conditions empêche aussi les matières non digérées qui séjournent dans l'estomac d'augmenter par leur présence la gastrectasie.

Il faut 10 0/0 d'alcool pour suspendre les phénomènes digestifs chez les personnes atteintes d'une affection de l'estomac chez lesquelles il y a de l'acide chlorhydrique en liberté dans le suc gastrique; il faut pour arrêter ces phénomènes de digestion une quantité beaucoup moindre d'alcool chez les malades atteints de cancer de l'estomac. A. MATHIEU.

V. — La dyspepsie nerveuse se développe graduellement chez des individus plus ou moins émaciés et se plaignant de congestion céphalique de palpitations, de lassitude, de somnolence, d'anxiété respiratoire. Outre ces phénomènes du côté du système nerveux, on en observe d'autres indiquant le siège du mal : sentiments de plénitude et de compression à l'épigastre, douleur que la palpation n'augmente généralement pas, éructation de gaz inodores, nausées et vomissements. La sensation du globe et le pyrosis sont également des symptômes très communs. L'appétit est variable, tantôt il existe une faim canine, tantôt presque de l'inappétence. La constipation est beaucoup plus ordinaire que la diarrhée. Le sommeil est fréquemment troublé; l'humeur n'est pas gaie, sans qu'il y ait réellement d'état mélancolique ou hypocondriaque.

La fréquence relative de ces divers symptômes ressort des chiffres suivants, embrassant 100 malades.

Les éructations se sont présentées chez 73 d'entre eux, dont 60 rendaient des gaz inodores et insipides.

La sensation de plénitude et de compression épigastrique s'est rencontrée 60 fois, tandis que la palpation n'était douloureuse que chez 13 des 100 malades. Le pyrosis s'est retrouvé 26 fois.

La céphalalgie existait une fois sur 3, le sommeil troublé une fois sur 4; la somnolence et la lassitude seulement chez 11 malades. Les palpitations et les phénomènes en imposant pour une angine de poitrine comptent parmi les symptômes les plus habituels. Pour être complet, il faut encore signaler les hoquets, les bâillements et les altérations du goût. 42 ou 43 malades étaient constipés tandis que 9 seulement avaient de la diarrhée; 12 présentaient des hémorroïdes. Le vertige a été noté une fois sur 6 : chez quelques malades, on le provoquait en pressant l'épigastre.

Leube n'a constaté de dispositions à l'hypocondrie que chez un dixième de ses malades.

Aucun des symptômes de la dyspepsie nerveuse n'est pathognomonique. Dans un quart des cas, les troubles nerveux précèdent les troubles gastriques, tandis que c'est l'inverse dans la moitié des cas.

Pour aider au diagnostic, Leube a recommandé depuis longtemps les lavages explorateurs de l'estomac pratiqués 7 heures après le repas : l'eau ressort parfaitement claire s'il s'agit de dyspepsie nerveuse, tandis que c'est le contraire si l'on a affaire à un catarrhe chronique de l'estomac, affection avec laquelle la confusion est la plus facile.

Pour l'ulcère rond, le signe différentiel le plus caractéristique est la

douleur qui augmente ou diminue d'intensité suivant la position prise par le malade. Mais dans les cas douteux le mieux est d'admettre la présence d'un ulcère, car alors la médication sert de pierre de touche. La diète lactée et les solutions de viande, qui conviennent à cette dernière maladie, aggravent en revanche l'état des individus atteints de dyspepsie nerveuse.

La gastralgie avec des douleurs paroxystiques ne peut guère donner lieu à des difficultés de diagnostic.

D'après Leube, le caractère fondamental du mal est une excitabilité anormale des nerfs de l'estomac et de tout le système nerveux. Les causes de cette excitation morbide sont plus souvent périphériques que centrales. Mais la dyspepsie nerveuse peut aussi survenir dans le cours de maladies infectieuses, telles que la syphilis et l'impaludisme, dans le cours de l'urémie et de l'intoxication nicotinique. On la voit aussi, particulièrement chez les femmes, apparaître comme une dyspepsie réflexe, dans les maladies des organes sexuels et dans la constipation chronique.

Il résulte des observations de Leube que la neurasthénie n'est pas l'unique cause de la dyspepsie nerveuse, qui, si elle n'entraîne pas la mort, guérit rarement.

Le traitement comprend les toniques, un régime réglé et l'électricité. L'ergotine n'a pas répondu aux espérances qu'elle avait fait concevoir à l'auteur.

VI. — Parmi les malades atteints de dyspepsie nerveuse, il n'en est aucun qui, à côté des troubles de la digestion stomacale, ne présente aussi des troubles de la digestion intestinale.

Tantôt les symptômes intestinaux restent à l'arrière plan, consistant dans un trouble des mouvements péristaltiques (constipation en général) ou bien les évacuations demeurent normales. Mais il y a un trouble de l'absorption par suite duquel les individus maigrissent malgré leur bon appétit. C'est sur cette forme que Moebius a dernièrement appelé l'attention (*Centralblatt für Nervenheilk.*, 1884, n° 1).

Tantôt au contraire les phénomènes intestinaux l'emportent sur les gastriques, et l'on pourrait croire alors, comme Cherchevski (*Revue de médecine*, 1884, n° 3), à une simple névrose de l'intestin. A côté de symptômes stomacaux peu marqués tels qu'inappétence, langue saburrale, on observe alors de vives douleurs abdominales : les unes diffuses, les autres sous forme de points bien délimités, un météorisme intense et l'émission très pénible de gaz par le haut ou par le bas. Il existe en outre des troubles nerveux généraux qui ne se distinguent de ceux qu'on rencontre dans la forme gastrique que par leur intensité.

Quand on déprime profondément les téguments abdominaux de façon à comprimer les plexus hypogastrique supérieur, aortique et cœliaque, les patients ressentent des douleurs violentes qui irradient vers le creux épigastrique. Ce sont les mêmes points douloureux qu'on rencontre dans l'hystérie et dans les différentes formes de l'irritation spinale ou cérébrale. Ils n'ont rien de spécial à la neurasthénie dyspeptique, mais ne doivent pas être confondus ni avec les gastralgies, ni avec les douleurs lancinantes siégeant dans les enveloppes abdominales. R. Burkart (*Zur Pathologie der Neurasthenia gastrica*, Bonn, 1882) croit ces points douloureux constants. Ce n'est ni l'avis d'Ewald, ni celui de Richter

(*Berliner klinische Wochens.*, 1882, n° 13), qui déclare que la pression sur l'estomac et sur l'intestin est généralement indolore. Les points douloureux du rachis dorsal, auxquels Rosenthal (*Wiener mediz. Presse*, 1883, n°s 1 et suiv.) attache beaucoup d'importance, peuvent aussi manquer.

Contrairement à Leube, qui tend à admettre que les troubles dyspeptiques sont les phénomènes initiaux et que le système nerveux général n'est atteint que secondairement, Ewald croit que la dyspepsie n'est que l'expression d'une faiblesse universelle du système nerveux ; c'est pourquoi il préfère la dénomination de neurasthénie dyspeptique à celle de dyspepsie nerveuse. C'est également l'opinion de Beard. (*A practical treatise on nervous exhaustion*, New York, 1880), de Glax (*Volkmann's Sammlung*, n° 223), de Richter, de Burkart, et de Holst (*Die Behandlung der Hysterie, Neurasthenie...*, Stuttgart, 1883). Les troubles digestifs ont leur cause première dans un trouble du système nerveux central et à leur tour ils réagissent sur celui-ci de sorte qu'on a sous les yeux un cercle vicieux.

Dans des cas rares, la neurasthénie ne se manifeste que sur les nerfs de l'estomac et de l'intestin et c'est alors qu'on peut croire à une affection nerveuse d'origine périphérique. Mais dans l'immense majorité des cas, les troubles digestifs sont associés à d'autres symptômes nerveux et occupent seulement un rang prééminent sur la scène morbide.

VII. — *Senator* cite un fait montrant la fragilité du diagnostic basé sur les lavements explorateurs de l'estomac. Chez un homme qui présentait tous les symptômes de la dyspepsie nerveuse, toutes les médications furent infructueuses, jusqu'à l'issue d'un tænia qui mit immédiatement fin à tous les accidents.

La dyspepsie nerveuse peut aussi avoir sa source dans un rein flottant, et c'est alors le repos prolongé au lit qui guérit les malades.

Rossbach pense que la dénomination de dyspepsie nerveuse est propre à embrouiller l'étude des maladies de l'estomac, et il propose de lui substituer celle de névrose réflexe de la digestion, qui ne préjuge rien.

Rülhe rappelle qu'il est des formes de dyspepsie nerveuse qui se terminent fatalement non pas tant à cause de leur longue durée que par le refus des aliments, basé sur la sensation de plénitude éprouvée par le malade. Dans ces cas, la sonde gastrique est non seulement un moyen de diagnostic mais aussi de traitement.

Meinert estime qu'on ne doit accepter le diagnostic de dyspepsie nerveuse qu'en désespoir de cause.

Chez beaucoup de malades, il s'agit d'entozoaires et avant tout de lombrics ; chez d'autres, d'ulcère rond (on retrouve cette lésion dans 23 0/0 des autopsies de femmes) ; chez d'autres enfin, de névroses réflexes produites par une rétroflexion utérine, une endométrite ou des calculs biliaires.

VIII. — Femme admise à l'asile d'Illenau pour mélancolie et hypocondrie ; en même temps elle avait de l'inappétence, des envies de dormir et des troubles gastriques. Peu à peu on vit rétrocéder les symptômes psychiques, tandis qu'apparaissaient de nouveaux phénomènes nerveux. La gêne respiratoire, presque continue, atteignait un degré extrême après les repas ; le thorax était en attitude d'inspiration exagérée et l'épigastre rétracté. La malade

se décidait avec beaucoup de peine à prendre des aliments. A en juger par les garde-robes, les digestions étaient bonnes, néanmoins, la diminution de poids faisait des progrès effrayants. Dans un accès de suffocation qui se compliqua de collapsus, on eut l'idée de cathétériser l'œsophage. La sonde eut à vaincre un léger obstacle à l'extrémité supérieure de ce conduit, mais son introduction mit aussitôt fin à la dyspnée. On résolut dès lors d'alimenter artificiellement la malade. A part quelques incidents, l'amélioration fit des progrès continus (*R. S. M.*, I, 684 et 860; II, 694 et 852; VIII, 66; X, 178; XI, 87; XV, 519 et 554; XVIII, 133; XX, 131 et 132; XXI, 515; XXII, 44; XXIII, 165 et XXIV, 542). J. B.

IX. — Les malades que l'auteur a soignés pour une dyspepsie acide, c'est-à-dire ayant comme symptômes prédominents du pyrosis et des renvois aigres, peuvent se classer en 6 catégories distinctes.

Le premier groupe, qui comprend la majorité des malades, est formé par les cas où ces symptômes coexistent avec un travail digestif, complètement normal, c'est-à-dire sans excès d'acidité du contenu stomacal. Ici le pyrosis n'apparaît qu'après manger et n'est pas influencé par la nature des aliments ingérés.

Le second groupe renferme les individus chez lesquels Reichmann a pu constater une sécrétion à la fois trop forte et trop hâtive de l'acide normal du suc gastrique. Chez ces malades le degré d'acidité du liquide contenu dans l'estomac oscillait entre la 3e et la 5e heure de la digestion, de 0,34 à 0,45 0/0. Une heure après un repas composé de farineux ou de viande, le violet de méthyle décélait la présence d'acide chlorhydrique; la réaction était encore plus nette quand le malade avait mangé en outre une grande quantité de graisse.

Par des expériences comparatives faites suivant le procédé Edinger, sur 8 étudiants en médecine bien portants, Reichmann s'est assuré que cette précocité dans la sécrétion de l'acide était un phénomène pathologique. A l'aide de petites éponges enrobées de gélatine et introduites dans l'estomac, il a reconnu qu'à l'état normal, au bout de la première heure après l'ingestion de mets farineux ou de viande, le contenu stomacal présente une réaction neutre ou si faiblement acide qu'elle est incapable d'être décélée par la tropéoline, c'est-à-dire que la dilution de l'acide chlorhydrique y dépasse un centième 0/0.

Le troisième groupe embrasse les malades chez lesquels l'acidité du contenu gastrique était normale quelques heures après l'ingestion, mais où la sécrétion du suc acide débutait plus tôt que chez les individus sains. Une demi-heure ou une heure après le commencement du travail digestif la réaction obtenue par le violet de méthyle indiquait la présence d'un minimum de 0.05 0/0 d'acide chlorhydrique libre. L'estomac de ces malades était vide à la sonde quand ils se trouvaient à jeun.

Le quatrième groupe se compose des cas où l'acidité du contenu gastrique normal était diminué, sans pourtant que cette diminution fût assez considérable pour permettre une fermentation acide. Après 3 ou 5 heures de digestion, l'acidité ne dépassait pas 0.15 0/0. Le travail de la digestion se trouvait retardé et tous les mets déterminaient du pyrosis.

Dans le cinquième groupe, rentrent les cas où l'acidité du liquide stomacal tenait à la présence simultanée d'acide chlorhydrique et d'acides organiques produits d'une fermentation anormale.

L'intensité du pyrosis n'était nullement en rapport avec la proportion

d'acide renfermée dans l'estomac et ce phénomène survenait aussi bien à jeun.

Enfin le dernier groupe réunit les malades où malgré le pyrosis il était impossible de découvrir de l'acide chlorhydrique libre dans le contenu fortement acide de l'estomac. Ici encore l'intensité du pyrosis n'était pas toujours en relation directe avec le degré d'acidité du liquide et le pyrosis apparaissait souvent à jeun, à la condition bien entendu que l'estomac contînt du liquide en fermentation acide.

En résumé, les symptômes de la dyspepsie acide sont indépendants de la nature et du degré d'acidité du contenu stomacal ; ils se développent aussi bien, que l'acidité tienne à de l'acide chlorhydrique ou à des acides organiques, que cette acidité soit accrue, normale ou même affaiblie.

La seule condition indispensable à la production du pyrosis est que le contenu stomacal ait une réaction acide.

La sensation du pyrosis est déterminée par le passage dans l'œsophage d'une partie du contenu acide de l'estomac. Reichmann le prouve de la façon suivante. Au moment où trois de ses malades accusaient ce symptôme, il leur introduisit de petites éponges maintenues par un fil à une distance de 26 à 28 centimètres des incisives, c'est-à-dire un peu au-dessus du tiers inférieur de l'œsophage. Au bout de 10 minutes les éponges ayant été retirées, le liquide dont elles étaient imbibées fut trouvé plus ou moins acide. La contre-épreuve chez 3 individus bien portants montra qu'à l'état normal le liquide de la partie inférieure de l'œsophage a une réaction alcaline.

Chez les femmes surtout il peut survenir même le matin quand l'estomac est complètement vide (examen fait avec la sonde) un sentiment de brûlure qu'il ne faut pas confondre avec le pyrosis, et qui tantôt disparaît après manger, tantôt persiste côte à côte avec le pyrosis et les renvois acides. Cette sensation douloureuse part des extrémités nerveuses dans l'estomac.

J. B.

I. — Traité théorique et pratique de la fièvre typhoïde, par Noël GUENEAU DE MUSSY (*Clinique médicale, t. III, Paris*, 1884).

II. — De la fièvre typhoïde à bord des navires de la marine de l'État, particulièrement dans les pays chauds, par MOURSOU (*Arch. de méd. navale, tomes XLIII et XLIV*, 1885).

III. — Les oscillations de l'endémie de fièvre typhoïde à Paris, en rapport avec la quantité de pluie tombée et les conditions de la canalisation de la ville, par L. PAGLIANI (*Archiv. ital. de biol., t. IV, p.* 26).

IV. — Relation de l'épidémie de fièvre typhoïde qui sévit en décembre 1883 aux forges de Liverdun, par Paul LEBON (*Thèse de Nancy*, 1884).

V. — Epidemic of typhoid fever at Plymouth, Pennsylvania, par Lewis TAYLOR et SHAKESPEARE (*Medical news*, 16 *mai et* 20 *juin* 1885).

VI. — Microorganisms in typhus fever, par Fréd. HOTT et J. BLORE (*Brit. med. journ., p.* 1058, *décembre* 1883).

VII. — Mittheilungen aus dem kaiserlichen gesundheitsamte... (Du bacille de la fièvre typhoïde), par GAFKY (*Band II, p.* 372-403, *Berlin*, 1884).

VIII. — Typhusbacillen im Milzblute und Milzsafte (Bacille typhoïde dans le

sang et les sucs de la rate), par J. HEIN (*Centralbl. f. die medic. Wissensch.*, *n°* 40, 1884).

IX. — Étude sur l'étiologie de la fièvre typhoïde, par G. ARTAUD (*Thèse de Paris*, 1885).

X. — Zur Kenntniss des Abdominaltyphus, par Ernst WAGNER (*Deutsch. Arch. für klin. Med., Band XXXVII, p.* 301).

XI. — De la fièvre typhoïde abortive, par BERNHEIM (*Revue médic. de l'Est, p.* 9, *janvier* 1885).

XII. — Observations sur l'embarras gastrique fébrile, par KELSCH (*Soc. méd. des hôpitaux*, 20 *mai* 1885).

XIII. — Recherches sur le pouls dans le cours, la convalescence et la rechute de la fièvre typhoïde, par Pierre PARISOT (*Thèse de Nancy*, 1884).

XIV. — Ein Beitrag zur Lehre von Recidiv der Typhus abdominalis (Étude des récidives de la fièvre typhoïde), par S. STEINTHAL (*Deutsch. Arch. f. klin. Med., Band XXXIV, Heft* 4, *p.* 357, 1884).

XV. — Ueber das Typhus recidiv, par ZIEMSSEN (*Ibid.*, *p.* 375).

XVI. — Albuminurien under den tyfoide Fieber med Särligt Hensyn til den Gubler-Robinske renale tyfusform (De l'albuminurie dans la fièvre typhoïde, spécialement au point de vue de la forme rénale de cette affection), par Johan HYGGE (*Nordiskt medicinst Arkiv, t. XV, n°* 20).

XVII. — De quelques cas d'épistaxis critiques dans la fièvre typhoïde, par J. HERCK (*Thèse de Paris*, 1883).

XVIII. — Contribution à l'étude de l'influence de la fièvre typhoïde sur la grossesse et réciproquement, par SAVIDAN (*Thèse de Paris*, 1883).

XIX. — Contribution à l'histoire de l'artérite aiguë consécutive à la fièvre typhoïde, par E. BARIÉ (*Revue de médecine, janvier et février* 1884).

XX. — Obstruction de l'artère sylvienne gauche dans le cours de la fièvre typhoïde : hémiplégie droite, aphasie, par VULPIAN (*Revue de médecine, p.* 162, 1884).

XXI. — Quelques considérations sur la gangrène typhoïde, par Gaston DAVID (*Thèse de Paris*, 1883).

XXII. — De l'érysipèle de la face dans le cours de la fièvre typhoïde, par W. GÉRENTE (*Thèse de Paris*, 1883).

XXIII. — Typhoid fever in relation to disease of the optic disc (Altérations de la papille dans la fièvre typhoïde), par Robert OGLESBY (*Brain, p.* 196, *juillet* 1882).

XXIV. — Ein Beitrag zu den Complicationen des Typhus abdominalis, par BAAS (*Deutsche med. Woch.*, *n°* 20, 1883).

XXV. — Chorea bei Typhus abdominalis, par PEIPER (*Deutsch. med. Woch.*, *n°* 8, 1885).

XXVI. — Deux cas de myélite ascendante observés pendant la convalescence de la dothiénentérie, par RAYMOND (*Revue de médecine*, 10 *août* 1885).

XXVII. — De la méningo-myélite ascendante subaiguë dans la dothiénentérie, par Louis MAILFAIRE (*Thèse de Paris*, 1885).

XXVIII. — Statistiche Notizer über die in den Jahren 1877-1881 im krankenhause Bethanien in Berlin behandalten Typhuskranken (Statistiques sur la fièvre typhoïde), par GESENIUS (*Deutsch. medic. Woch.*, n° 6, 1883).

XXIX. — Traitement rationnel de la fièvre typhoïde, par RÉAL (*Union médicale, p.* 531, *septembre* 1884).

XXX. — Uber Typhustherapie in Münchener Garnison Lazareth (Traitement de la fièvre typhoïde dans la garnison de Munich), par A. VOGL (*Deutsch. Arch. f. kl. Med., Band XXXVI, p.* 468, *et Band XXXVII, p.* 151).

XXXI. — Relation d'une épidémie de fièvre typhoïde, par TAPIE (*Montpellier médical, mars* 1884).

XXXII. — Chinin bei Abdominaltyphus, par Alf. GOLDSCHEIDER (*Deutsch. Arch. f. klin. Med., Band XXXVI, p.* 1 *et* 285).

XXXIII. — L'acide phénique et la fièvre typhoïde, par Alb. ROBIN (*Bull. Acad. de méd.*, 2e *série, t. XIII, n°* 9).

I. — En consacrant le troisième volume de sa clinique médicale à une monographie complète de la fièvre typhoïde, Noël Gueneau de Mussy a fait à la fois un beau livre et une œuvre profondément opportune et utile. Depuis quelques années, nos connaissances théoriques et pratiques sur la dothiénentérie n'ont cessé de se modifier, de subir un travail continu de perfectionnement et de revision. L'étude analytique des symptômes et des lésions, les méthodes de traitement, l'étiologie surtout, avec les déductions pathogéniques et prophylactiques qui en découlent, tout cela s'est singulièrement coordonné et élargi. Aujourd'hui la fièvre typhoïde est peut-être, de toutes les grandes maladies infectieuses, celle que nous connaissons le mieux. L'heure était venue, pour un clinicien aussi consommé que Gueneau de Mussy, de réunir, ces acquisitions nouvelles de la science, et de les soumettre à la critique d'une vaste érudition et d'une longue expérience personnelle.

Ce traité de la fièvre typhoïde est à la fois théorique et pratique ; c'est dire qu'une courte analyse ne saurait donner une idée d'une pareille œuvre, qui touche à tant des plus hauts problèmes de notre science. Nous ne pouvons donc suivre l'auteur dans les chapitres si intéressants et si complets qu'il a consacrés à l'étude anatomo-pathologique et clinique de la dothiénentérie. Mais nous devons signaler tout spécialement la première partie du volume, consacrée à l'étude historique et critique du problème étiologique. Tout ce qui a trait à cette grande question, toujours agitée, de la contagiosité de la fièvre typhoïde, de son origine pythogénique ou spécifique, de sa spontanéité, est exposé et discuté, pièces en main, dans des pages d'un intérêt saisissant. L'auteur expose contradictoirement les théories et les conclusions opposées de Murchison, de Pettenkofer, de Budd, et se rallie aux opinions de ce dernier. La fièvre typhoïde est une maladie spécifique, non spontanée, qui vraisemblablement n'a d'autre origine que la contagion. Les modes d'élaboration, de développement, de transmission de ce principe contagieux sont étudiés dans le détail, et d'après un dossier complet de documents étiologiques. Toute cette partie du volume contribuera grandement à déblayer et éclaircir ces grandes questions si controversées.

A. CHAUFFARD.

II. — Très longue étude de faits nombreux se prêtant peu à l'analyse; nous citerons seulement les conclusions que Moursou tire de son travail.

Le foyer infectieux typhoïde existant à Toulon est des plus considérables, surtout dans les mois chauds de l'année : les navires qui quittent Toulon à ce moment sont ceux qui présentèrent les cas les plus nombreux de fièvre typhoïde. Les cas qui se déclarent dans les premiers jours de la traversée sont plus graves, toutes choses égales, que ceux qui se montrent plus tard.

Le nombre des fièvres typhoïdes sur des navires partis de France décroît au fur et à mesure de l'éloignement du port d'armement (les cas les plus nombreux se présentent dans la deuxième semaine du départ de France), à moins qu'un nouveau foyer typhoïde ne se trouve sur la route des navires.

Sur les navires revenant des colonies, la fièvre typhoïde n'existe qu'à l'état d'exception. — Cette loi de décroissance prouve que la fièvre typhoïde est importée à bord ; l'incubation est de 10 à 25 jours ; elle va jusqu'à 40, 45 et même 60 jours. — La contagion a été rarement observée, l'infection par les selles étant à peu près impossible sur des navires, surtout en marche.

Le paludisme s'oppose d'une façon générale à la naissance de l'infection typhoïde. Les transports et navires revenant des colonies paludéennes n'ont qu'exceptionnellement des fièvres typhoïdes, et encore sont-elles la plupart du temps légères. L'association typhomalarienne n'est grave que lorsqu'elle coïncide avec la période des lésions viscérales du paludisme ; la quinine est, dans ce cas, impuissante. — La chaleur aggrave toutes ces associations. — C'est par l'atténuation persévérante du foyer infectieux des ports d'armement que la présence des fièvres typhoïdes à bord des navires sera réduite à son minimum de fréquence.

MAUBRAC.

III. — Il résulte des recherches faites par Pagliani que le nombre des cas de fièvre typhoïde, n'est pas proportionnel à la quantité d'eau tombée sur le sol, mais à la quantité et probablement à la qualité des miasmes qui sont soulevés et rejetés vers les milieux habités à la suite des inondations des égouts. Cette quantité de miasmes doit être d'autant plus marquée que les égouts étaient auparavant plus encombrés et infectés et que leur invasion par les pluies a été plus subite et plus tumultueuse.

C. GIRAUDEAU.

IV. — La répartition topographique de l'épidémie de Liverdun démontre que les cités ouvrières alimentées par l'eau d'une des galeries de mine ont été presque seules victimes de la fièvre typhoïde ; sur 94 malades, 83 en avaient bu exclusivement. Bien que l'étude de cette eau, soumise aux investigations chimiques, microscopiques et expérimentales, n'ait fourni que des résultats négatifs, l'auteur, s'en tenant aux simples données de l'observation, pense que les ouvriers ont puisé avec cette eau le germe de leur maladie. Deux cas de fièvre typhoïde, en effet, s'étaient manifestés dans cette localité, deux mois avant l'éclosion de l'épidémie. Les selles des malades avaient été répandues sur le sol sans désinfection préalable, et l'eau, au sortir de la galerie incriminée, avait été contaminée par les infiltrations de ces matières fécales spécifiques.

Dans cette épidémie, fait intéressant, le germe typhique s'est donc, sans aucun doute, propagé par l'eau potable, et sa pénétration dans l'économie a eu lieu par la voie gastrique. P. PARISOT.

V. — L'épidémie de Plymouth (Pensylvanie) ressemble beaucoup, comme origine, à celle d'Auxerre, décrite en 1883 par Dionis des Carrières. Cette ville reçoit son eau potable, neuf mois de l'année sur douze, d'une source venant de la montagne. Quand cette source est gelée, on fait venir de l'eau de la Susquehannah, qui arrive directement dans les quartiers bas de la ville. C'est ce qui eut lieu du 20 janvier au 26 mars. A cette date, le temps s'étant radouci et la pluie étant tombée, les réservoirs se remplirent de nouveau de l'eau de la montagne. — A ce moment, l'épidémie se déclara.

Or, malgré les conditions défavorables de la Susquehannah, qui reçoit les égouts d'une ville de 30,000 habitants et les détritus de plusieurs usines, la circonscription de l'épidémie démontra que toutes les personnes qui avaient bu cette eau étaient restées indemnes, tandis que celles qui avaient bu l'eau de source de la montagne étaient toutes, ou à peu près, tombées malades. L'enquête conduite par l'auteur et Shakespeare démontra que dans une maison située tout près de la source un cas de fièvre typhoïde avait eu lieu en février et en mars : la maladie avait atteint son maximum vers le 20 mars. La garde qui soignait le malade avait l'habitude de jeter ses déjections sur le sol, lequel à cette époque était gelé et couvert de neige. Il s'ensuivit une accumulation de déjections typhiques, qui non altérées par le froid, furent diluées et entrainées dans l'eau de la source par les premières pluies. Il n'en fallut pas plus pour créer une épidémie des plus graves, puisqu'elle atteignit 1,200 personnes et en tua 100, sur une population de 8,000 âmes.

H. R.

VI. — Hott et Blore ont examiné le sang à la période d'état chez 12 typhiques et ont trouvé dans tous les cas des organismes mobiles appartenant au type des micrococci. Ils disparurent pendant la convalescence. Ils coïncidèrent toujours avec un notable degré de leucocytose.

Dans six cas mortels, les poumons, le cœur, le foie, les reins furent examinés. Le cœur fut trouvé constamment graisseux et entre les fibres musculaires on rencontra de nombreux amas de leucocytes. Au milieu de ces leucocytes étaient des colonies de micrococci, se colorant par le violet d'aniline d'une façon plus accentuée que les noyaux des leucocytes. Chaque colonie de ces micrococci se composait d'une cinquantaine d'individus environ, d'un diamètre assez considérable, puisqu'ils atteignent parfois près d'un demi-millimètre. Ils paraissent occuper exclusivement le tissu conjonctif. Dans les poumons et les reins, il existait de l'œdème et des lésions congestives, mais on ne trouva point de micrococci.

Les auteurs ne tirent point de conclusions de ces recherches : ils se demandent si les organismes trouvés dans le cœur ne sont pas le premier état des ferments de la putréfaction qui se développent si rapidement chez le typhique. H. R.

VII. — Le travail de Gafky, assistant de Koch, est la confirmation des recherches d'Eberth et de Mayer sur le bacille typhoïde. Il a pu colorer le parasite sur les coupes et en étudier sa localisation dans les organes ;

enfin il l'a cultivé, sans pourtant réussir à donner la fièvre typhoïde aux animaux. Sa technique est la suivante. Les coupes des organes, durcies dans l'alcool, sont colorées par le bleu de méthylène, puis lavées, déshydratées par l'alcool et éclaircies dans l'essence de térébenthine. Sur 28 cas de typhus, 26 fois l'auteur a trouvé des amas de bacilles, trois fois plus longs que larges, et arrondis par leurs extrémités. Parfois ils contiennent des spores, et paraissent avoir pour caractère de se colorer inégalement. La répartition de ces bacilles se fait au niveau des follicules clos et des plaques de Peyer, dans la rate et dans le foie. On les retrouve dans les capillaires du rein, jamais dans les canalicules.

Un point très intéressant de l'histoire de ces micro-organismes c'est qu'ils ne se multiplient pas après la mort et que, cultivés dans la gélatine, ils ne deviennent jamais des facteurs de putréfaction. Ce ne sont donc pas les bacilles de la putréfaction. H. R.

VIII. — Hein plonge l'aiguille de la seringue de Pravaz dans la rate, chez un typhoïdique, à la fin de la deuxième semaine, 5 jours avant la mort. Il obtient un demi-centimètre cube de liquide composé surtout de sang, mais renfermant aussi des corpuscules lymphatiques de dimension très variable. Sur les préparations sèches colorées avec le violet de méthyle Hein y découvre des bacilles typhoïdiques identiques à ceux qu'ont décrits Eberth, Koch et Gafky. Son collaborateur, Philipowig, trouva les mêmes organismes dans les fragments de rate et de ganglions mésentériques recueillis à l'autopsie. Hein en conclut que cette pratique pourrait servir dans les cas où le diagnostic reste incertain. L. D.-B.

IX. — Artaud emploie, pour la recherche du bacille typhoïde, une méthode un peu différente. Il commence par congeler la rate, les ganglions mésentériques et l'intestin frais d'un typhique par du chlorure de méthyle, et en fait des coupes immédiatement après la mort. La coupe est alors colorée au bleu de méthylène, lavée, puis déshydratée par l'alcool et éclaircie dans l'essence de térébenthine. De cette façon les amas de bacilles se colorent toujours bien, et très également. Pratiquement on peut encore plus simplement les démontrer en étalant un fragment de pulpe splénique sur une lamelle, la séchant et la colorant, puis la lavant à l'eau distillée.

Le bacille ainsi coloré se montre sous l'aspect de bâtonnets à extrémités arrondies, présentant les deux côtés colorés et le centre clair : d'une longueur de 4 à 6 μ. Il ressemble absolument à une petite navette, d'où le nom de bacille en navette que lui donne M. Artaud. Ces organismes n'ont jamais été rencontrés par lui en dehors de la fièvre typhoïde; par contre il a pu s'assurer que le bacille de la putréfaction leur ressemblait, et il émet des doutes sur les bacilles décrits par Gafky comme se colorant aisément sur les coupes durcies par l'alcool, alors que ni Eberth, ni lui n'ont pu y parvenir. Dans tous les organes typhiques, y compris les poumons, Artaud a rencontré les bacilles en navette sous forme d'amas et sous forme d'infiltrations. H. R.

X. — L'auteur dans une série de chapitres qui forment de petites monographies, étudie certains symptômes de la fièvre typhoïde et les relations de cette maladie avec les autres états pathologiques.

a) *Manifestations typhiques sur le voile du palais.*

Au début de la maladie, on trouve sur le voile du palais de petites

ulcérations lenticulaires (de 2 à 6) arrondies, peu profondes, à bords nets, un peu rouges, recouvertes d'une masse grisâtre que l'on détache facilement. Au microscope on constate que cette masse est constituée par des globules blancs très nombreux, des cellules épithéliales aplaties et des organismes végétaux. Jamais Wagner n'y a trouvé les bacilles d'Eberth. Les amygdales sont tuméfiées légèrement ou normales, sans ulcération. Il y a peu de douleur à la déglutition. Les ganglions lymphatiques ne sont pas engorgés. Les jours suivants, les ulcérations conservent le plus souvent le même aspect; plus rarement elles s'étendent lentement et se fusionnent; habituellement elles se creusent un peu. Après une semaine et demie, elles se recouvrent d'épiderme et disparaissent sans laisser de cicatrices. Dans un cas où la mort survint deux semaines plus tard, la muqueuse paraissait absolument normale.

b) Combinaison de la fièvre typhoïde et du rhumatisme articulaire aigu. — Dans un premier cas, au bout de quelques jours, les manifestations typhiques s'accompagnèrent de déterminations articulaires mobiles, semblables à celles du rhumatisme articulaire aigu. A l'autopsie on trouva une suppuration sous-séreuse, étalée au voisinage de la valvule iléo-cœcale. — L'auteur cite deux autres cas dans lesquels il y aurait combinaison du rhumatisme articulaire aigu et de la fièvre typhoïde : ils se sont terminés par la guérison.

Il est difficile de considérer le premier de ces cas, comme relevant du rhumatisme articulaire aigu : la présence d'une suppuration sous-séreuse sur le trajet du gros intestin indique beaucoup mieux une sorte de pyohémie rhumatoïde.

Dans les deux autres cas, l'action heureuse de l'acide salicylique invoquée par Wagner n'est pas non plus une démonstration convaincante de la nature rhumatismale des accidents articulaires, et nous aimons mieux croire qu'il s'agissait d'un pseudo-rhumatisme typhique.

c) Combinaison de la fièvre typhoïde et de la diathèse hémorragique. — Les phénomènes de purpura hémorragique sont rares dans la fièvre typhoïde. Liebermeister n'en a vu que 3 cas sur 1,900 fièvres typhoïdes. — Wagner en cite 6 cas observés par lui.

Dans le premier, pendant une récidive, les gencives se gonflent et il se fait aux membres inférieurs de nombreuses hémorragies périfolliculaires. Dans le second cas particulièrement grave, ataxo-adynamique, il y avait gonflement considérable des gencives, des pétéchies et des ecchymoses et des hémorragies profondes des membres inférieurs. Dans le troisième cas encore dépression considérable, gonflement et saignement des gencives, pétéchies des membres inférieurs; urine albumineuse, légèrement sanguinolente. A l'autopsie, néphrite hémorragique.

Dans le 4e cas, mêmes symptômes, plus une diarrhée sanglante, et des hématuries. A l'autopsie, hémorragies disséminées très nombreuses dans les muscles, la peau, le cerveau, les méninges, les poumons, le testicule. Chez le 5e malade, fièvre typhoïde grave. Une escarre sacrée donne lieu à une hémorragie abondante; hémorragies nombreuses au visage, à la poitrine, sur l'abdomen et les extrémités. A l'autopsie petites hémorragies dans le mésentère, le médiastin, le péricarde, le péricrâne.

Dans le 6e cas, fièvre typhoïde chez une femme primipare récemment accouchée. Large ecchymose au pourtour. Pétéchies cutanées. Il se fait une plaque gangreneuse au niveau de la large ecchymose périombilicale. A l'au-

topsie, petits foyers gangreneux dans les poumons, thrombose d'une des veines rénales. A. MATHIEU.

XI. — Bernheim regarde comme fièvres typhoïdes abortives celles dans lesquelles la défervescence est achevée ou voisine de son achèvement au début du troisième septenaire.

L'étude de 52 cas de fièvres abortives dont la durée a varié entre 6 et 16 jours permet à l'auteur de poser les conclusions suivantes :

Contrairement à l'opinion émise par Jürgensen et Liebermeister, le début de la fièvre typhoïde abortive ne diffère pas de celui de la fièvre typhoïde ordinaire. L'ascension thermométrique n'est pas plus rapide; la diarrhée, la bronchite, n'ont pas une apparition plus précoce.

La défervescence également ne présente aucun cachet qui appartienne en propre à la fièvre abortive; sur 52 cas dans lesquels la température a été enregistrée matin et soir, 40 fois la défervescence s'est faite dépassant en durée 3 fois vingt-quatre heures; 12 fois elle s'est effectuée plus rapidement. La fièvre typhoïde *abortive* mérite donc bien son nom, contrairement aux idées allemandes; ce n'est pas une fièvre qui parcourt à pas précipités ses différents stades, mais bien une fièvre qui, au bout de quelques jours, tourne court; qui *avorte* en un mot.

A la suite de la fièvre abortive, la rechute se rencontre quelquefois; sur 50 cas observés, il y a eu 4 rechutes. Cette nouvelle fièvre typhoïde, malgré la bénignité de la première atteinte, peut être grave et même avoir une issue fatale. P. PARISOT.

XII. — Considérée isolément dans ses cas sporadiques, la fièvre rémittente gastrique s'impose au premier abord comme une entité morbide distincte ; mais envisagée dans le milieu épidémique qui lui est propre, ainsi que dans ses rapports avec les formes morbides concomitantes, elle se confond avec la dothiénentérie.

Kelsch appuie cette donnée sur une série de faits recueillis, d'une part de 1870 à 1872 dans l'armée de Paris, d'autre part en Tunisie. Dans les troupes jeunes réunies autour de la capitale, il y eut des épidémies répétées de fièvre typhoïde ; à côté des cas typiques, il y avait des cas nombreux d'embarras gastrique ou gastro-intestinal, avec fièvre durant 8 à 15 jours, continue, rémittente ou intermittente, accompagnée d'insomnie, d'agitation ou de somnolence.

Il admet 4 variétés : 1° un simple embarras gastrique avec fièvre modérée, durant 8 à 15 jours; 2° l'embarras accompagné d'une forte hyperthermie avec défervescence brusque au huitième jour et parfois collapsus ; 3° fièvre de 8 à 15 jours remarquable par sa marche rémittente; 4° troubles gastro-intestinaux prédominants, symptômes nerveux très atténués, état fébrile durant 2 à 3 semaines.

De même en Tunisie, pendant l'épidémie typhoïdique si intense qui décima le corps expéditionnaire, au milieu de 200 observations personnelles de dothiénentérie, Kelsch relève de nombreuses fébricules plus ou moins légères, semblables à celles qu'il avait observées à Paris, et identiques à la fièvre rémittente gastrique de Monneret; invasion plus ou moins brusque, frisson, fièvre rémittente ou intermittente, durant 8 à 15 jours, troubles gastro-intestinaux d'intensité variable, mais prédominants sur ceux des autres appareils.

En résumé la rémittente gastrique est une expression atténuée de la dothiénentérie. H. L.

XIII. — Voici quelques-unes des principales conclusions de ce travail.

Au début de la fièvre typhoïde comme au milieu de la période d'état, le pouls peut être tricrote ou même polycrote (polycrotisme fébrile). Ce signe, considéré en lui-même, n'est donc pas, comme on l'a dit, l'indice d'une convalescence prochaine, ni l'apanage exclusif de la convalescence.

Il n'y a pas de rapport entre l'amplitude du dicrotisme et la gravité de la maladie.

Dans la convalescence : au début, c'est-à-dire au voisinage de la défervescence, la pulsation présente les signes d'une forte tonicité artérielle ; à une période plus avancée, elle rappelle la forme du pouls fébrile et revient, au bout d'un temps assez long, à la forme physiologique. Si l'anémie du convalescent est peu prononcée, la pulsation offre au début les signes d'une tonicité artérielle exagérée qui, diminuant dans la suite, laisse reparaître aussitôt l'aspect du pouls normal.

Dans la pathogénie des irrégularités du cœur et du pouls, on doit accorder une large part à l'influence de l'augmentation de la tonicité artérielle.

Autant qu'on peut juger des variations de la tension artérielle par les modifications de la forme de la pulsation, cette tension, faible pendant la période d'état, augmente insensiblement pendant le stade des oscillations descendantes, passe par un maximum au moment de la défervescence complète, diminue ensuite et, au bout d'un temps très long chez les sujets anémiés, augmente de nouveau pour revenir à l'état physiologique.

A égale gravité, le pouls est plus fréquent dans la rechute que dans la première évolution typhoïde.

Nous croyons devoir faire de nombreuses réserves au sujet des assertions de l'auteur, relatives à l'état de la tension artérielle des typhiques.

H. RENDU.

XIV. — Les conclusions du travail de Steinthal sont les suivantes :

1° Les rechutes de la fièvre typhoïde sont beaucoup plus rares qu'on ne le prétend communément;

2° Le signe le plus certain qui permette de les diagnostiquer, c'est le début brusquement ascendant de la fièvre ; quand la température trois jours après le début des accidents atteint 40°, on peut diagnostiquer avec certitude une rechute. La présence de la roséole n'a qu'une importance secondaire pour l'établissement de ce diagnostic ;

3° Cependant, après l'élévation rapide de la température, l'apparition de la roséole est le phénomène le plus significatif;

4° L'augmentation de volume de la rate, les manifestations intestinales, le dicrotisme du pouls et la bronchite ne viennent qu'après les deux phénomènes précédents. En effet, il est toujours nécessaire que l'un de ces deux phénomènes se joigne à eux pour que l'on puisse reconnaître l'existence d'une rechute;

5° La rechute est dans la nature même de la maladie ; aucun moyen

thérapeutique ou diététique ne permet de l'empêcher pendant la période d'apyrexie ;

6° Son début dans certains cas peut être attribué à des fautes d'alimentation ou à des excitations psychiques.

XV. — H. Ziemssen avait fait en 1882 une communication sur les rechutes de la fièvre typhoïde, qui était restée inédite. Le travail précédent, qui y fait allusion, lui donne l'occasion de la publier.

Elle est basée sur les faits observés dans son service de clinique à Munich, de 1878 à 1881. Les faits de Steinthal avaient été recueillis à Leipzig pendant les années 1877-1881. La moyenne a été de 13 rechutes sur 100 cas de fièvre typhoïde. C'est surtout dans les cas bénins ou d'intensité moyenne que s'est produite cette récidive. La mortalité a été de 2.8 0/0. Au contraire, les suites de la fièvre typhoïde paraissent présenter un danger beaucoup plus grand que les rechutes : leur mortalité a été de 15.5 0/0.

Ziemssen pense que la rechute est due à ce qu'une partie du principe infectieux n'a pas été éliminée, rejetée par la maladie principale. Il en donne comme preuve la persistance de la tuméfaction de la rate dans la période apyrétique. Il ne s'agirait donc pas d'une nouvelle infection venue du dehors.

La durée de la rechute a été de 4 à 35 jours ; la durée de la phase apyrétique intermédiaire de 10 à 19 jours ; 6 fois on a observé plusieurs rechutes successives.

Pendant les rechutes, la rate augmente de volume tout aussi bien que pendant la première poussée de fièvre.

Le plus souvent on observe la roséole, moins régulièrement cependant que lors de la poussée première.

La rechute peut se comporter absolument comme une première poussée, de telle sorte que si on manque de renseignements à ce point de vue, l'existence de cette première poussée reste absolument ignorée.

La fréquence des rechutes varie beaucoup suivant les diverses épidémies.

Le traitement employé a été le même que pendant la fièvre typhoïde initiale. Toutes les précautions de régime sont parfois insuffisantes pour prévenir la rechute. A. MATHIEU.

XVI. — Sur 217 cas de fièvre typhoïde, l'auteur a eu l'occasion d'observer 18 malades offrant des signes évidents d'une affection rénale ; 10 moururent et 8 guérirent. Dans tous ces cas, la symptomatologie ne confirma pas l'opinion des cliniciens français, d'après laquelle la néphrite qui apparaît dans le cours de la fièvre typhoïde donne à cette affection une physionomie particulière, méritant le nom de forme rénale. L'excrétion de l'urée dans ces conditions ne diminue pas d'une manière constante ; les accès convulsifs, si fréquents dans ces cas, ne peuvent donc être rapportés à l'accumulation de cette substance dans le sang.

C. GIRAUDEAU.

XVII. — Les conclusions de ce travail, appuyées sur 22 observations dont 3 inédites, sont les suivantes : Les épistaxis survenant dans le cours de la fièvre typhoïde, soit à la fin du second, soit dans le troisième septénaire, ou même plus tard, ont une influence favorable manifeste

sur la marche de la maladie. Copieuses, elles sont critiques, car elles agissent surtout sur la température, amenant une chute réelle, ordinairement non suivie d'une nouvelle ascension. Peu abondantes, elles sont encore critiques, car si elles ont peu d'action immédiate sur la courbe de la température, du moins elles améliorent l'état général du malade, et l'abaissement thermique ne tarde pas à se produire. Leur action bienfaisante est surtout sensible dans les formes congestives, cérébrales ou pulmonaires. Leur pronostic est favorable si elles ne coïncident pas avec d'autres hémorragies. Il ne faut les traiter que si leur abondance débilitait trop le malade. CHAUFFARD.

XVIII. — L'influence de la grossesse sur la fièvre typhoïde est de peu d'importance ; la réciproque est loin d'être vraie, car la fièvre typhoïde amène l'expulsion du fœtus dans les deux tiers des cas. — Le poison typhique produit l'avortement ou l'accouchement prématuré de deux façons, en agissant sur l'utérus dont il augmente l'irritabilité, et sur le fœtus qu'il tue soit par infection, soit par hyperthermie. — La thérapeutique de la fièvre typhoïde doit être la même qu'en dehors de la grossesse ; cependant il faudra être sobre de médicaments qui, comme le sulfate de quinine, peuvent avoir une influence funeste sur l'utérus. Quand il y a élévation considérable de la température, il y a grand avantage pour la mère et l'enfant à employer la méthode réfrigérante.

XIX. — Après avoir exposé les diverses théories proposées pour expliquer l'apparition de la gangrène, des membres inférieurs à la suite de la fièvre typhoïde, l'auteur établit que dans certains cas indéniables l'embolie fut réellement la cause de la gangrène mais que souvent c'est bien à une artérite que l'on a affaire. Cette complication procède de deux facteurs principaux : l'irritation des artères par les germes parasitaires infectieux, et les troubles profonds de l'innervation vaso-motrice ; ce dernier élément aurait même dans certains cas une importance tellement considérable qu'au point de vue clinique on peut avoir sous les yeux tous les degrés de l'asphyxie locale des extrémités, depuis le doigt mort jusqu'à la gangrène confirmée. A côté de l'artérite oblitérante qui s'accompagne de tous les signes classiques de la gangrène sèche, Barié décrit l'artérite pariétale dont les symptômes diffèrent de ceux de la variété précédente : ainsi dans l'artérite pariétale la douleur est ordinairement peu vive, les pulsations artérielles ne sont en général que diminuées ou, si elles disparaissent, ce n'est d'ordinaire que pour un temps fort court. La température locale habituellement abaissée peut, dans certains cas, être supérieure de plusieurs dixièmes de degré à celle du côté sain, l'artère ne roule pas sous le doigt, enfin la guérison est la terminaison habituelle de l'affection. Ajoutons que ce mémoire est basé sur vingt-quatre observations dont plusieurs sont inédites et qu'il présente les qualités habituelles aux travaux de celui qui en est l'auteur, érudition et observation consciencieuse. C. GIRAUDEAU.

XX. — F..., âgé de 17 ans, fut pris, au vingt-troisième jour d'une fièvre typhoide qui n'avait présenté jusque-là rien de particulier, d'une hémiplégie du côté droit avec aphasie complète ; il n'avait à sa disposition que la syllabe *ka*. Dès les premiers jours, la paralysie faciale et celle du membre supérieur droit étaient complètes, la paralysie du membre inférieur au contraire

quoique très prononcée, était incomplète. Peu à peu la motilité reparut dans le membre inférieur, mais le membre supérieur resta presque inerte : bien plus, de la contracture apparut dans ce dernier au bout de quelques semaines, si bien que six mois après le début de la paralysie les doigts étaient fléchis dans la paume de la main, l'atrophie du membre très prononcée. L'aphasie sembla tout d'abord régresser, de sorte que le malade arriva à dire : « Bonjour, monsieur. » L'amélioration en était là, lorsque cet homme quitta l'hôpital.

En l'absence de troubles cardiaques pendant le cours de la fièvre typhoïde, en l'absence de complications pulmonaires et pleurales antérieures, Vulpian croit que dans ce cas il s'agit là plutôt d'une thrombose par artérite de l'artère sylvienne gauche que d'un processus embolique. C. GIRAUDEAU.

XXI. — L'auteur rapporte deux observations inédites, ayant trait l'une à une gangrène sèche du membre inférieur, l'autre à une gangrène de la langue, observés dans le cours de la dothiénentérie. Il compare ces faits à ceux du même ordre déjà publiés, et arrive à la conclusion que, dans la plupart des cas, l'artérite aiguë primitive est la vraie cause de la gangrène typhoïde ; l'artérite peut cependant quelquefois être secondaire, et d'origine embolique, comme dans une observation de Hayem. — Aussi, « peut-on dire, en somme, que la gangrène typhoïde, complication très rare de la dothiénentérie, peut réclamer à bon droit deux origines pathogéniques : l'une embolique, c'est le cas le plus grave étant donnée la multiplicité des lésions ; l'autre, artérite aiguë primitive, moins dangereuse étant donné que la lésion est solitaire. » A. CHAUFFARD.

XXII. — Les conclusions de ce travail, basé sur 16 observations, dont une personnelle, sont les suivantes. L'érysipèle de la face se rencontre rarement dans le cours de la fièvre typhoïde ; on l'a trouvé 64 fois sur 3,910 cas, soit 1 fois sur 61 environ. En dehors de toute question de contagion, il paraît être plus fréquent dans les formes graves, adynamiques et à longue durée de la fièvre typhoïde ; il semble également plus fréquent chez les sujets lymphatiques. Observé à toutes les phases de la dothiénentérie, l'érysipèle se montre surtout et presque exclusivement pendant la dernière période et la convalescence. Dans ces conditions, il présente souvent une atténuation marquée tant dans ses symptômes généraux que dans ses symptômes locaux. L'apparition d'un érysipèle facial dans le cours d'une fièvre typhoïde comporte un pronostic grave (16 morts sur 36 cas d'érysipèle). Cette gravité réside moins dans l'érysipèle qui, le plus souvent, est bénin en lui-même, que dans le mauvais état général du sujet, état dont l'infection secondaire est un indice. Les rapports qui relient les deux maladies entre elles semblent consister en une simple coïncidence, favorisée par la débilitation, résultat de la maladie primitive et principale. A. CHAUFFARD.

XXIII. — L'auteur a remarqué fréquemment que peu après la convalescence de la fièvre typhoide les malades éprouvent des troubles de la vue. Pour lui, ces troubles ne se rencontrent jamais que dans les cas où la maladie s'est compliquée de symptômes cérébraux méningitiques. La papille, en pareil cas, présente les lésions d'une névrite subaiguë ; elle est d'un rouge plus accentué qu'à l'état normal, et surtout elle est bordée par une traînée brunâtre. Les veines de la papille sont vari-

queuses et gorgées de sang; les artères au contraire, saines. Les limites de la papille ne sont pas indécises et effacées comme dans les cas de névrite ou de neurorétinite ordinaires.

Les troubles fonctionnels de l'œil, malgré le peu de profondeur des lésions, sont assez considérables et peuvent persister longtemps. Il est probable que les lésions rénales provoquées par la fièvre typhoïde jouent un rôle dans le développement de ces manifestations oculaires, car dans tous les cas observés, les urines étaient albumineuses.

Ces complications oculaires se rencontrent de préférence chez les femmes, et particulièrement chez les nourrices ou les femmes enceintes.

H. R.

XXIV. — Il s'agit ici d'un cas d'aphasie avec paralysie faciale droite et paralysie du membre supérieur droit, compliquant la fièvre typhoïde et dues vraisemblablement à une lésion du lobe frontal gauche.

François B..., 8 ans 1/2 tombe malade à la fin de septembre 1881. On diagnostiqua la dothiénentérie; la fièvre s'élève à 40,4 le soir et s'abaisse le matin à 39,5. Diarrhée, taches rosées.

Le 20e jour température 41,4 ; plusieurs hémorragies intestinales. A ce moment le malade perd toute sensibilité et toute intelligence ; les pupilles sont rétrécies, paresseuses ; les muscles innervés par le facial droit sont le siège de quelques contractions.

Le jour suivant, paralysie faciale à droite, paralysie du membre supérieur du même côté ; il est impossible de dire si le membre inférieur est également intéressé.

Depuis ce moment, la maladie commence à rétrocéder, la température s'abaisse progressivement et le malade reprend peu à peu connaissance. Au commencement de la 5e semaine, la paralysie faciale est fort améliorée, le bras droit n'est plus que légèrement affaibli. Mais l'enfant, malgré le retour apparent de l'intelligence, ne peut ni parler ni écrire. Il est incapable de répéter une phrase qu'il a entendue et comprise, incapable d'exprimer sa pensée. Il est atteint d'aphasie et d'agraphie. Pendant quelques jours il est même incapable de faire un geste expressif pour répondre aux questions qu'on lui pose.

C'est seulement pendant la neuvième semaine que l'enfant réussit à prononcer d'abord les voyelles, puis les consonnes, et il lui faut encore un mois pour arriver au complet usage de la parole et de l'écriture. La guérison est absolue.

L. GALLIARD.

XXV. — Une jeune fille de 16 ans entre le 28 novembre 1884 à la clinique de Greifswald avec tous les signes de la fièvre typhoïde au second septénaire. Elle n'a eu d'autre affection grave jusqu'ici qu'un rhumatisme articulaire à l'âge de 15 ans. Depuis 9 mois elle est bien réglée. L'auteur constate des convulsions qui ne laissent aucun doute sur l'existence de la chorée : or la jeune fille n'avait eu pendant la période prodromique qu'une certaine instabilité du pied gauche. C'est seulement pendant le premier septénaire qu'apprenant la mort de sa mère, atteinte avant elle de fièvre typhoïde, elle a commencé à présenter le tableau caractéristique de la danse de Saint-Guy.

Traitement par le calomel et l'eau froide. Le 2 novembre les convulsions, peu accentuées le matin, augmentent pendant le bain. Même phénomène le 30 novembre. A partir du 4 décembre la chorée disparaît complètement. La fièvre typhoïde suit son cours ; l'apyrexie ne commence que le 27 décembre. La malade part guérie le 23 janvier.

L. GALLIARD.

XXVI. — Raymond a observé deux malades atteints de dothiénentérie qui, pendant la convalescence, présentèrent des accidents paralytiques.

Chez l'un âgé de 18 ans la fièvre typhoïde à forme adynamique était arrivée à son 24e jour environ quand on constata une faiblesse très marquée dans les jambes et dans les cuisses, dont les mouvements de flexion et d'extension ne se faisaient que difficilement; le sphincter anal était paralysé ainsi que le rectum. Peu après on s'aperçut que la sensibilité tactile était amoindrie; le malade ressentait des fourmillements dans le bout des doigts et pouvait avec peine remuer les mains. Deux jours plus tard les avant-bras étaient atteints à leur tour; il ne pouvait porter ses mains à sa bouche qu'en traînant les avant-bras sur le thorax. Le lendemain les bras se prenaient à leur tour et au bout de quelques jours les muscles de la nuque étaient très affaiblis, le malade pouvait difficilement fléchir la tête sur la poitrine et il présentait quelques phénomènes dyspnéiques. D'une façon générale la paralysie était plus prononcée du côté droit que du côté gauche, les réflexes étaient supprimés dans les membres inférieurs, mais conservés dans le membre supérieur gauche. Atrophie des masses musculaires. Icthyose généralisée. Œdème non douloureux des malléoles. Raideurs et douleurs articulaires. Elancements dans les pieds et dans la nuque. Au bout d'un mois la paralysie commença à diminuer; déjà la sensibilité était revenue depuis une dizaine de jours : les muscles qui avaient été les derniers atteints furent aussi ceux qui recouvrèrent les premiers leur intégrité. Au bout de deux mois le malade pouvait se lever et se tenir assis; à partir de cette époque la mobilité revint peu à peu et au moment où Raymond publiait cette observation les masses musculaires avaient repris à peu près complètement et leur volume et leur force.

La seconde malade est une femme, âgée de 32 ans, non syphilitique, non hystérique, qui, entrée à l'hôpital Beaujon le 27 juillet 1878 pour une fièvre typhoïde au début, éprouva le 3 septembre pour la première fois, alors qu'elle était en pleine convalescence, des fourmillements, des élancements dans les pieds et dans les jambes. Quelques jours après on constate de la parésie dans les muscles des membres inférieurs, parésie accusée surtout dans le membre inférieur gauche. Les pieds ont une attitude spéciale; cette attitude est plus marquée dans le pied gauche. Ils reposent en partie à plat sur le lit et sur le bord externe, par suite de la paralysie des muscles fléchisseurs de la jambe et des muscles péroniers latéraux. La malade peut difficilement fléchir les pieds sur la jambe. Puis, les mouvements de flexion des jambes sur les cuisses et des cuisses sur le bassin disparaissent à leur tour. Les muscles fléchisseurs ont été atteints les premiers par la paralysie. Des escarres apparaissent au sacrum. La sensibilité est très affaiblie dans les membres inférieurs. Les mouvements réflexes persistent un peu dans la jambe droite, mais ils ont disparu du côté gauche. Peu à peu la paralysie remonte et gagne les mains, les avant-bras, puis les bras. Vers le 16 septembre apparaissent des troubles cérébraux de quelques jours de durée; hallucination, délire. La paralysie demeure stationnaire jusqu'au 7 octobre, époque à laquelle les mouvements reparaissent dans les membres supérieurs. Le 9 novembre elle parvient à marcher seule et le 11 novembre elle sort de l'hôpital, très améliorée; mais sept ans après le début de cette paralysie elle conservait encore de la faiblesse dans les muscles péroniers latéraux, de la diminution de la sensibilité cutanée au niveau de l'articulation tibio-tarsienne sur le dos du pied, quelques troubles de la vue et des douleurs de tête fréquents.

C. GIRAUDEAU.

XXVII. — Relation des deux cas de Raymond, précédemment rapportés, avec des considérations sur les troubles spinaux observés pendant la convalescence de la fièvre typhoïde.

XXVIII. — Pendant ces cinq années, l'hôpital de Bethanie, à Berlin, a reçu 1,054 typhiques, 588 hommes et 496 femmes, sur lesquels il y a eu

147 décès, ce qui donne une mortalité de 13.9 0/0. Pendant les neuf années précédentes, la mortalité était de 13.2.

C'est au mois de septembre qu'on a noté le plus grand nombre d'admissions (241), puis vient octobre (147), novembre (142), août (134). Le chiffre des admissions s'abaisse en mars et en avril à 27.

En général, les sujets sont amenés à l'hôpital pendant la première et la seconde semaine. Ceux qui viennent de bonne heure, du 1er au 4e jour de la maladie, meurent peu (8.4 0/0). Parmi ceux qui arrivent du 5e au 7e jour, la proportion s'élève à 10.1 0/0. Les malades admis pendant le second septénaire fournirent une mortalité de 14.1. Enfin les sujets admis pendant le troisième septénaire et plus tard donnent le chiffre énorme de 37 0/0.

Le pronostic de la fièvre typhoïde est grave sur les sujets âgés. De 16 à 20 ans, la mortalité n'est que de 9.9 0/0. De 31 à 40, elle est de 21.1; à partir de 41 ans, elle s'élève à 36.1.

Toutes les proportions sont analogues à celles d'une statistique fournie par le même hôpital pour une période de trois années, de 1874 à 1876 inclusivement.

La complication la plus fréquente a été l'hémorragie intestinale.

L'auteur se félicite d'une façon générale du traitement par le sulfate de quinine et par les bains froids. L. GALLIARD.

XXIX. — Le traitement préconisé par Réal est le sous-nitrate de bismuth à haute dose (15 à 30 grammes par jour pour un adulte). L'avantage de cette médication serait de supprimer, non seulement la diarrhée, mais la putridité, en neutralisant toutes les fermentations sulfurées dans l'intestin. Il s'ensuivrait un abaissement de la température et de la fièvre, conséquence de la diminution de l'élément putride. L'auteur admet que la durée moyenne de la maladie est réduite à quinze jours, et que la guérison est presque toujours obtenue sans complication rénale.

H. R.

XXX. — Le travail de Vogl est basé sur une statistique qui s'étend de 1842 à l'époque actuelle. Un espace de temps aussi prolongé comprend naturellement des périodes pendant lesquelles ont été suivies des méthodes de traitement tout à fait différentes. On peut les ranger en trois catégories. De 1843 à 1859 ou 1860, la mortalité est élevée; on soumettait alors les malades à une diète sévère; on les laissait s'épuiser par l'inanition. Vers 1860, on commence à ordonner une alimentation réparatrice et des toniques. En 1868, apparaît la méthode des bains froids, connue sous le nom de méthode de Brand.

Pendant toute la première période (inanition), la mortalité est très élevée. Elle diminue pendant la période de l'alimentation et des toniques. Elle s'abaisse beaucoup plus encore après l'apparition des bains froids. Toutefois, pendant que le chiffre de la mortalité s'abaissait pour 1,000 hommes de garnison, le chiffre de la morbidité s'élevait. D'autre part, dans d'autres hôpitaux, dans des villes voisines où l'on ne mettait pas en œuvre la méthode de Brand, la mortalité restait plus élevée. C'est donc à la thérapeutique suivie qu'il faut attribuer les résultats obtenus à l'hôpital militaire de Munich.

L'auteur est d'avis que les bains froids répétés nuit et jour, suivant les indications, sont préférables aux bains chauds et à tous les médica-

ments antipyrétiques sans exception. Ceux-ci ont l'inconvénient d'affaiblir l'action du cœur et de provoquer le collapsus. A. MATHIEU.

XXXI. — Dans l'épidémie de juin 1883, 194 soldats sont entrés à l'hôpital de Montpellier, atteints de fièvre typhoïde. 53 ont présenté des cas graves, 141 des cas bénins. Il y a eu seulement 18 décès, soit environ 9 0/0.

Castex a employé d'une manière méthodique le sulfate de quinine, chez tous les malades, à la dose de 80 centigrammes à 1 gramme. Chez les individus présentant de l'éréthisme nerveux, le sulfate était remplacé par le bromhydrate.

Tapie pense que l'éclosion de cette épidémie a été due aux travaux de canalisation entrepris simultanément sur plusieurs points de la ville, au moment des grandes chaleurs, c'est-à-dire à un moment où l'expérience montre que celle-ci est toujours en imminence d'épidémie. Plusieurs médecins avaient d'ailleurs donné, à ce sujet, des avertissements que l'événement devait justifier, mais qui ne furent pas entendus.

A. MOSSÉ.

XXXII. — D'après Goldscheider, l'action de la quinine dans la fièvre typhoïde n'est pas douteuse; elle n'a cependant rien de spécifique, ni rien d'absolu. La quinine augmente les rémissions et atténue les exacerbations fébriles. Dans les formes graves, son effet est beaucoup moins certain. C'est dans les premiers jours et dans la seconde moitié de la maladie que son action est au maximum.

La quinine tend à éliminer l'effet pernicieux des températures élevées sur le système nerveux et l'appareil circulatoire. Les phénomènes de dépression sont atténués par elle. Cependant elle est loin d'agir également bien dans tous les cas de fièvre typhoïde; dans la fièvre continue et dans la subcontinue, les doses ne doivent pas être moindres de 2 grammes dans la première moitié de la maladie, 1gr,50 dans la seconde.

L'usage de la quinine apporte au pronostic des renseignements précieux; son défaut d'action sur la température et le processus typhique indique un cas particulièrement grave.

Dans la seconde partie de ce travail, l'auteur étudie l'action plus particulière de la quinine dans certaines formes de la maladie. C'est à la période d'état de la rémittente moyenne, de la continue rémittente, que l'on obtient de la quinine les effets les meilleurs et les plus certains. L'abaissement thermique obtenu est presque mathématiquement en rapport avec la dose de quinine donnée (0.09° pour 10 centigr.). Il y a naturellement des exceptions et des variations assez nombreuses. Dans la continue subintermittente, l'effet antipyrétique de la quinine est beaucoup plus problématique, et l'on est loin d'obtenir des résultats semblables à ceux que donnent les formes plus franchement rémittentes. A la période de décroissance, l'action de la quinine est beaucoup moins nette; elle influence moins les rémissions matinales. Les doses doivent être abaissées.

La quinine donnée le matin agit moins que la quinine donnée le soir; les doses matutinales combinées aux doses vespérales ont une action heureuse sur la température du soir.

Le soir, c'est à huit heures qu'il serait le plus convenable d'aministrer la quinine.

L'auteur n'est pas d'avis de donner la quinine trop tôt à la période d'augment. Souvent le diagnostic est incertain, et, d'autre part, il est peut-être nuisible de diminuer trop rapidement la température, qui s'oppose peut-être dans une certaine mesure à l'élaboration du poison typhique. A. MATHIEU.

XXXIII. — D'après Robin, un organisme subissant les atteintes destructives de la fièvre typhoïde perd plus de soufre et de potasse qu'un individu bien portant et convenablement nourri. L'organisme s'achemine ainsi vers l'inanition minérale, dont les effets sont à redouter sur la nutrition des systèmes nerveux, musculaire, et de tout l'individu en général. Le phénol, qui augmente cette déminéralisation, doit donc être sévèrement proscrit de la thérapeutique de la fièvre typhoïde. Suivant Robin, c'est sur le compte de ce médicament qu'il faudrait mettre les accidents nerveux et cachectiques observés pendant ou après son administration. Il en est de même de tous les médicaments qui s'éliminent suivant le même mode. GASTON DECAISNE.

Zur Ætiologie des Morbus Basedowii, par ŒSTERREICHER (*Wien. med. Presse*, *n°* 11, 1884).

Il est intéressant de voir la maladie de Basedow se manifester chez plusieurs membres d'une même famille à la manière des névroses.

Une mère hystérique a donné le jour à dix enfants; deux de ces enfants, fils et fille, restent indemnes, mais la fille est hystérique, le garçon est épileptique. Les autres sont atteints à divers degrés.

1° Le fils aîné, 66 ans, a une double exophtalmie avec hypertrophie du corps thyroïde et du cœur;

2° L'aînée des filles, 62 ans: exophtalmie, palpitations, gonflement du corps thyroïde depuis longtemps;

3° La seconde fille, 58 ans, hystérique dès l'âge de 12 ans, morphiomane, a eu de l'exophtalmie et des palpitations;

4° La troisième fille, 50 ans, se plaignait depuis longtemps de palpitations. Le 1er avril 1883 elle est frappée d'apoplexie, suivie d'hémiplégie droite et d'aphasie. Trois jours après cet accident, l'exophtalmie survient et persiste;

5° La cinquième fille, 40 ans : double exophtalmie, double hypertrophie du corps thyroïde, palpitations, hystérie;

6° Le troisième fils, 47 ans, très nerveux, exophtalmie légère, lobe thyroïde droit gonflé, palpitations fréquentes;

7° La plus jeune fille, d'après les renseignements obtenus, présenterait les même symptômes;

8° Le dernier fils aurait une exophtalmie très prononcée et un gonflement thyroïdien modéré.

De plus trois enfants de la fille aînée offrent les signes de la maladie de Basedow. L. GALLIARD.

Réaction chimique du sang, par de RENZI et MAROTTA (*Rivista clin. e terap.*, *juin* 1885).

L'ictère intense dépendant soit d'un catarrhe des voies biliaires, soit de l'atrophie jaune aiguë du foie, tend à transformer la réaction alcaline normale du sang en réaction neutre et même acide.

Dans la phtisie pulmonaire, le sang, à moins de circonstances spéciales,

a constamment une réaction alcaline légère ou à peine sensible ; en revanche, dans la scrofule, la réaction est manifestement alcaline.

Dans la cirrhose du foie et dans la chloro-anémie, le sang est peu alcalin ; il est au contraire sensiblement alcalin chez les individus atteints de néphrite.

L'alcalinité du sang est augmentée par l'introduction des carbonates alcalins, des eaux alcalines, par la cure de Schroth (au moyen de la soif), le salicylate de soude, les inhalations de nitrite d'amyle et la respiration d'ozone ; l'action de l'ozone est ici inverse de ce qu'on pourrait supposer à priori. L'alcalinité est diminuée par la limonade chlorhydrique et surtout par celle obtenue avec l'eau régale.

L'altération de la réaction chimique du sang correspond dans l'ictère à la période de gravité de la maladie. Dès la disparition de la réaction neutre ou acide et le retour de la réaction alcaline, il y a amélioration dans l'état général du malade. BAZILE FÉRIS.

Case of probable thrombosis of superior mesenteric vein and renal veins, par William GULL (*Guy's Hosp Rep.*, *p.* 15, 1884).

Il s'agit d'un jeune homme de 23 ans, qui fut subitement pris de douleurs abdominales très intenses, suivies d'hémorragie intestinale et de vomissements. Jusque-là, il avait joui d'une bonne santé. Cependant, quelques jours avant de tomber malade, il avait eu un peu d'œdème de la main et de l'avant-bras droits, et, cinq mois auparavant, il avait contracté un chancre syphilitique. Pas de trace d'éruption spécifique sur la peau. Température normale. Urine pâle. D. 1015, légèrement albumineuse.

Trois jours après (15 octobre 1879), le malade tomba dans une stupeur profonde, avec disparition presque complète du pouls.

16 octobre, T. 38,2, P. 108. Ventre ballonné, vomissements répétés de matières bilieuses, soif vive, selles sanguinolentes.

17 octobre. État général moins alarmant. T. 37,4, P. 90. Urine moins albumineuse.

Du 20 au 27, on trouva dans les évacuations des débris de la muqueuse intestinale et des anneaux plus ou moins complets formés par des valvules conniventes détachées. Leur surface libre était riche en villosités. Sur leur base d'insertion on ne voyait aucune trace de tissu musculaire.

A partir de ce moment, le malade entra en convalescence ; l'urine, néanmoins, subit des modifications remarquables. Le 7 novembre, elle était acide, d'une densité de 1025 et par l'ébullition laissait déposer depuis un quart jusqu'à la moitié de son volume d'albumine. Elle contenait aussi des cylindres hyalins purs ou remplis d'hématine, des leucocytes et quelques petits amas d'hématine cristallisée.

21 novembre. Urine acide, riche en urates. Elle contenait un coagulum particulier, composé de mucus transparent, sanguinolent, Densité 1031. et débarrassée de son albumine, après ébullition, 1025. Rien de nouveau du côté de l'intestin.

Revu quatre ans après, le malade paraissait jouir d'une santé excellente. Son urine avait cependant conservé tous ses caractères morbides.

L'auteur attribua les symptômes intestinaux à une thrombose d'origine syphilitique, de la veine mésentérique supérieure et les altérations de l'urine à une lésion du bassinet de l'un des reins, probablement de celui du côté droit. Il cite à ce propos une observation de Hilton Fagge (*Pathol. transact.*, XXVII, p. 124), où les mêmes symptômes furent observés et où le diagnostic fut confirmé par l'autopsie. J.-B.H.

OBSTÉTRIQUE.

Zur Ætiologie des Nabelschnurgeraüsches (Recherches sur l'étiologie du bruit de souffle ombilical), par E. BUMM (*Archiv für Gynækologie, Band XXV, Heft 2*).

Le souffle ombilical a-t-il son siège dans les artères ombilicales ou dans le cœur du fœtus ?

Un article récent d'Henri Barth, dans le *Dictionnaire encyclopédique*, semble considérer la question comme résolue dans le premier sens ; le souffle ombilical, d'après lui, a pour siège les artères ombilicales et pour cause un rétrécissement local de ces artères. C'est d'ailleurs l'opinion de Nœgelé, Depaul, Pinard, etc. Les expériences entreprises par l'auteur, sous la direction de V. Scanzoni, tendent, au contraire, à localiser ce bruit dans le cœur fœtal. Cependant, en présence des observations de Kennedy et Kehrer, l'auteur ne nie pas l'existence d'un véritable souffle ombilical ; mais ce souffle serait beaucoup plus rare, et le souffle que l'on observe habituellement pendant la grossesse, isochrone aux battements fœtaux, a son siège dans le cœur du fœtus, et devrait porter le nom de souffle fœtal.

Dans une première série d'expériences, l'auteur a cherché à saisir le souffle directement sur le cordon ombilical. Le stéthoscope était appliqué sur le cordon, avant la section. Sur 8 enfants n'ayant pas encore fait de mouvements inspiratoires et chez lesquels les pulsations du cordon étaient bien conservées, il a été impossible de saisir aucun bruit vasculaire, quels que fussent le degré de pression du stéthoscope et le degré de tension du cordon, que l'on modifiait en éloignant ou en rapprochant l'enfant.

Les cordons présentaient une très grande variété au point de vue de l'abondance de la gélatine : deux d'entre eux étaient fortement noués. Poussant alors ses recherches d'un autre côté, l'auteur s'est appliqué à ausculter le cœur du fœtus immédiatement après la naissance avant la cessation de la circulation ombilicale, avant toute respiration. Sur 11 cas, où le souffle ombilical avait été entendu à la fin de la grossesse, 6 fois un souffle absolument semblable a pu être perçu directement sur le fœtus après l'accouchement, au niveau de la région cardiaque. Sur 16 cas où les bruits du cœur étaient absolument nets de tout souffle pendant la grossesse, 4 fois l'auteur a pu entendre après l'accouchement le souffle ombilical au niveau de la région cardiaque. Dans ces cas, le souffle ombilical est purement artificiel et se produit sous l'influence de la compression du cordon. Dans les autres cas, d'ailleurs, le souffle ombilical après l'accouchement ne s'est montré que 3 fois spontanément. Ce souffle correspondait nettement à la systole et persistait plus ou moins longtemps, mais disparaissait toujours définitivement avec la première respiration ; dans un cas seulement il a persisté 48 heures après l'accouchement.

Il paraît donc y avoir deux espèces de souffles ombilicaux : l'un abso-

lument indépendant au point de vue du siège des bruits cardiaques à son origine dans le cordon et est dû à une altération de la paroi interne des vaisseaux funiculaires (Pinard) : un second plus fréquent, ayant son siège dans la région cardiaque : celui-ci tantôt accompagne, tantôt couvre les claquements valvulaires, il peut persister chez le nouveau-né aussi longtemps que dure la circulation fœtale.

H. DE BRINON.

Die Behandlung der Nachgeburstperiode (Conduite de l'accoucheur pendant la délivrance), par V. CAMPE (*Zeitschrit für Geburtshülfe und Gynækologie, Band X, Heft* 2).

La méthode purement expectante a été expérimentée dans le service de clinique de l'université de Berlin, pendant le dernier semestre, et son application a porté sur environ 120 accouchées. Dès que la tête de l'enfant était expulsée, on s'abstenait de toute traction sur l'enfant, de toute pression sur l'utérus : après la section du cordon, on se contentait de surveiller le fond de l'utérus et d'observer la progression du cordon à la vulve.

Dans la plus grande partie des cas, le placenta, au bout d'une demi-heure, se trouve dans le vagin, complètement détaché. La durée moyenne de l'expulsion a été de 8 heures. La délivrance s'est achevée dans les 2 premières heures dans une proportion de 35 0/0 des cas. La prolongation de la délivrance au delà de 12 heures, a été observée 24 fois sur 100. La plus longue durée a été de 50 heures 1/2.

Sur 107 cas, 7 fois l'hémorragie a obligé à renoncer à la méthode expectante. D'une manière générale la perte est la plus abondante avec la méthode expectante : toutefois, l'auteur n'a pas recueilli de faits précis à ce sujet.

Des 24 accouchées dont la délivrance a duré plus de 12 heures, 8 seulement ont eu des suites de couches complètement normales; 10 ont eu, dans les 3 ou 4 premiers jours, une température de 38°,4 ; 5 ont eu, après le 6e jour, des élévations de 39°, avec hémorragies légères. Ces symptômes ont cédé facilement au seigle ergoté. Enfin, une accouchée a été gravement infectée : elle n'a pu sortir qu'au bout de 80 jours. Ces faits montrent que le séjour prolongé du placenta dans le vagin n'est pas sans danger. Comme conclusion pratique, l'auteur recommande l'emploi du procédé de Credé, après vingt minutes d'expectation. Lorsque l'utérus très développé a été brusquement délivré de son contenu, en particulier, dans les cas d'hydramnios et de grossesse gémellaire, il y aurait inconvénient à faire trop tôt l'expression. Il en est de même après les applications de forceps chez les primipares, chez les femmes affaiblies à musculature peu développée, enfin dans tous les cas où l'on doit redouter de l'atonie. Dans tous ces cas, il vaut mieux attendre 1 heure à 1 heure 1/2.

Dans la discussion consécutive Schrœder appuie les conclusions de Marckwald. Lömer affirme qu'actuellement Credé lui-même attend un quart d'heure avant de procéder à l'expression (*R. S. M.*, XVI, 572 ; XVIII, 582 ; XXII, 261 ; XXIII, 207 ; XXIV, 523 et 527).

H. DE BRINON.

Procedur, durch äusserliche Operationen, für die Austreibung der Membranen zu begünstigen die in der Gebärmutter nach der Geburt zurückgehalten sind (Procédé, par manœuvres externes, pour favoriser l'expulsion des membranes retenues dans la cavité utérine après la délivrance), par D. HAUSSMANN (*Centralblatt für Gynækologie*, 28 *mars* 1885).

Haussmann constate que si la délivrance par la méthode d'expression utérine offre de nombreux avantages, elle donne par contre plus fréquemment lieu à la rétention des membranes.

Ainsi d'après une statistique de 8,135 délivrances par expression utérine, la rétention des membranes a été observée dans une proportion de plus de 5 0/0, tandis que cette proportion n'était que de 2. 7 0/0 sur 2,875 délivrances spontanées. Néanmoins la faveur persistante en Allemagne de la méthode par expression utérine suggéra à l'auteur l'idée de chercher un procédé pour favoriser l'expulsion des membranes, sans toutefois introduire la main dans la cavité utérine, et cela en raison du danger de l'injection.

L'auteur, afin d'éviter ces dangers, a employé le procédé suivant :

Appelé auprès d'une parturiente dont le travail et l'accouchement avaient été réguliers, il fit la délivrance par expression 10 minutes après l'accouchement. Après l'expulsion du placenta, Haussmann, voulant enlever le délivre, constata que la plus grande partie des membranes étaient adhérentes à l'utérus et se seraient déchirées par une tension exagérée. Il laissa alors le gâteau placentaire reposer entre les cuisses de la femme, et alors, placé à la droite du lit, il maintint le fond de l'utérus de la main gauche, et avec les doigts seuls de la main droite il déprima la paroi antérieure de l'utérus vers la paroi postérieure, afin de décoller les membranes adhérentes ou comprimées par les os pubiens et aussi pour les exprimer dans la cavité utérine. Sous cette pression, l'auteur sentit nettement la partie inférieure de la paroi antérieure de l'utérus se déprimer légèrement, former une courbure et en quelque sorte donner l'apparence d'une inversion. Après une pression d'une minute environ, cette légère courbure disparut spontanément. L'auteur, ayant enlevé d'abord la main gauche et saisissant la masse placentaire, trouva les membranes absolument décollées et suivant sans aucun effort le placenta. L'examen du délivre démontra qu'il n'y avait aucune des déchirures si fréquentes des membranes, l'orifice n'était point agrandi, et le procédé avait été si peu douloureux que l'entourage ne l'avait pas remarqué; la malade même affirma avoir beaucoup moins ressenti les dernières manœuvres que celles propres à l'expression utérine.

L'auteur se félicite de ce procédé, avec cette seule réserve exagérée peut-être, dit-il, que la légère inversion mentionnée pourrait ne pas se résoudre spontanément et même pourrait s'accentuer au point d'amener une inversion complète.

BERTHOD.

I. — Becken bei doppelseitiger Oberschenkelluxation (De la forme du bassin dans les cas de luxations bilatérales de la hanche), par Richard FISCHER (*Archiv für Gynækologie, Band XXV, Heft* 3).

II. — Die Beckenform beim Neugeborenen mit Hüftgelenkluxation (La forme

du bassin chez les nouveau-nés atteints de luxation congénitale de la hanche), par G. KRUKENBERG (*Ibidem*, *Band XXV*).

III. — Beitrag zum kyphotisch nicht rachitischen und zum kyphoskoliotisch rachitischen Becken (Du bassin cyphotique non rachitique et du bassin rachitique avec scoliose), par A. GÖTZE (*Ibid.*, *Band XXV*, *Heft* 3).

I. — La collection de la Maternité de Leipzig renferme deux bassins avec luxation latérale de la hanche : ils portent les nos 80 et 25. Le numéro 80 peut être considéré comme un type du bassin à luxation bilatérale : il est, comme tous les bassins de cette catégorie, remarquable par la petitesse des os. Le grand bassin est caractérisé par la direction verticale et l'aplatissement des fosses iliaques, la diminution du diamètre transverse : l'écartement des crêtes et celui des épines ne présentent plus de différence. Le petit bassin est peu profond, surtout à la partie antérieure. Ainsi dans les quatre cas de Gurtl la hauteur de la symphyse varie de 3 à 4 centimètres. Le numéro 80 de Leipzig mesure 2cm,5 comme hauteur de la symphyse. La principale modification porte sur le détroit inférieur qui est élargi dans le sens transversal. L'élargissement est toujours considérable ; il atteint 6cm,5 dans un cas. Le diamètre antéropostérieur est au contraire raccourci : la diminution varie de 1cm,5 à 3 centimètres. L'angle du pubis est toujours élargi : il varie entre 110° et 149° ; le numéro 80 de Leipzig mesure 125°. Le détroit supérieur présente en général plutôt un léger aplatissement d'avant ou d'arrière ; cependant le diamètre antéro-postérieur est quelquefois plus grand qu'à l'état normal. Le diamètre transverse est habituellement raccourci. D'une manière générale on ne peut considérer ni la forme circulaire ni la forme ovale allongée comme étant la règle pour le détroit supérieur. Les seuls caractères constants sont le peu d'épaisseur des os, le rétrécissement transversal du grand bassin et avant tout l'élargissement du détroit inférieur dans le sens transversal et l'élargissement de l'angle du pubis.

Le bassin n° 25 présente comme le numéro 80 les caractères généraux du bassin à luxation bilatérale ; mais il est remarquable en outre par son asymétrie latérale ; il est dévié obliquement dans son ensemble. La moitié gauche et en particulier la partie postérieure de la fosse iliaque présente plus de développement en hauteur et en largeur que la moitié droite ; en outre, elle est repoussée vers la cavité pelvienne, surtout en avant ; la moitié droite, au contraire, est repoussée en dehors. La symphyse est déviée de la ligne médiane vers la droite d'environ 5cm,5. La déviation est beaucoup plus marquée au détroit supérieur qu'au détroit inférieur, qui est presque symétrique. Le détroit supérieur a la forme oblique ovalaire ; le second diamètre oblique mesure 14,2 tandis que le premier ne mesure que 11 : la distance sacrocotyloïdienne est de 10,5 à droite, de 6,5 à gauche ; à droite la ligne innominée est d'abord redressée en arrière ; en avant, dans la région du tubercule iléo-pectiné, sa courbure est augmentée ; à gauche en arrière, au niveau de la symphyse sacro-iliaque et de l'aileron du sacrum, elle forme presque un angle, tandis qu'en avant elle se porte en ligne droite vers la symphyse. La distance qui sépare la ligne médiane du promontoire de la symphyse sacro-iliaque est de 6,5 à droite et de 4,5 à gauche.

Les modifications que l'on observe dans le bassin à luxations bilaté-

rales reconnaissent comme les modifications du bassin rachitique des causes physiques, pression du tronc, tiraillements des ligaments et des muscles, équilibre général du corps ; le bassin rachitique et le bassin à luxation ont d'ailleurs de nombreux points communs ; et les différences qu'ils présentent s'expliquent par le mode d'application différent d'une partie des forces qui tendent à déformer le bassin. Dans les deux bassins il y a lieu d'admettre un arrêt de développement qui se manifeste par la petitesse des os. Dans le cas particulier du bassin nº 25 de Leipzig, l'auteur est porté à admettre comme point de départ de l'asymétrie un arrêt de développement du sacrum.

Les modifications anatomiques du bassin à luxation bilatérale ne lui donnent pas un très grand intérêt au point de vue obstétrical. Les seules modifications qui pourraient troubler l'accouchement sont l'augmentation de l'inclinaison du bassin, le raccourcissement du canal pelvien, l'élargissement considérable du détroit inférieur dans le sens transversal, et, dans quelques cas, l'aplatissement antéropostérieur du détroit supérieur.

A propos d'une malade de la Maternité de Leipzig, atteinte de luxation bilatérale, l'auteur passe en revue les signes qui permettent de faire le diagnostic différentiel entre le bassin rachitique, le bassin spondylolisthésique et le bassin à luxation bilatérale.

Un tableau placé à la fin du mémoire présente les mensurations de 23 bassins publiés : 3 par Guéniot, 2 par Kleinwächter, 1 par Küstner, 7 par Gurtl, 1 par Scanzoni, 1 par Sédillot, 2 par Fabri, 1 par Lassmann, 2 par Schrœder et 3 par l'auteur.

II. — Il n'existe qu'un petit nombre d'observations dans lesquelles aient été notées la forme et les dimensions du bassin chez le nouveau-né atteint de luxation coxofémorale congénitale. Hohl, Guéniot et Schliephake ont noté les rapports de la forme du bassin fœtal avec la luxation unilatérale ; Cruveilhier, Mercer Adam, Grawitz, Schliephake et J. Veit ont publié des observations de luxation bilatérale dans lesquelles la forme du bassin fœtal se trouve consignée.

L'auteur a eu l'occasion d'observer un cas d'hémicéphale atteint de luxation congénitale de la hanche gauche. Le bassin, dont il reproduit la forme et les dimensions, semble avoir été comprimé suivant son diamètre oblique droit : la symphyse est notablement déviée vers la droite. L'ischion du côté gauche semble avoir été repoussé en dehors et en avant. Pour l'auteur, la déformation du bassin et la luxation coxofémorale ne sont pas la conséquence l'une de l'autre ; mais elles sont dues à la même cause et cette cause n'est autre qu'une compression anormale subie par le fœtus pendant la vie intra-utérine. L'enfant qu'il a observé présentait de nombreuses preuves de cette compression : la peau en plusieurs endroits montrait les traces d'une compression permanente et de longue durée : la forme des pieds, pieds plats, l'hyperextension des articulations des genoux témoignaient de l'influence de la même cause. Quant à l'hémicéphalie, elle pourrait être aussi d'après l'auteur la conséquence de cette compression.

Parmi les faits qui ont été publiés, un seul, celui de Hohl, présente les mêmes caractères : déformation du bassin et luxation congénitale de la hanche produites par une compression anormale dans l'utérus. Un cas de Guéniot et un autre de Leopold semblent établir que la luxation et la déformation du bassin peuvent être l'une et l'autre la conséquence d'une

altération primitive de la cavité articulaire ou du cartilage articulaire et de la surface osseuse ambiante. Enfin la luxation peut exister avec un bassin normal (Schliephake). Rien ne prouve donc que la déviation ou l'asymétrie du bassin fœtal soient dans tous les cas la conséquence de la luxation. Un point reste seul établi, c'est que la luxation bilatérale coïncide le plus souvent avec une déformation du bassin, avec laquelle elle paraît être en étroite relation. (*R. S. M.*, XVI, p. 256; XXII, p. 253, et XXIV, p. 71).

III. — Ces recherches sont basées sur l'examen de trois bassins appartenant à l'Institut d'accouchement de Dresde. Le premier fait partie d'un squelette d'enfant cyphotique ; les deux autres sont des bassins rachitiques provenant de femmes atteintes de cyphoscoliose. Les conclusions de l'auteur viennent confirmer les travaux de Breisky et de Leopold sur l'influence qu'exercent les déviations de la colonne vertébrale sur la forme du bassin rachitique : les caractères du bassin rachitique sont atténués et parfois même transformés en sens inverse, non seulement par la cyphose, mais aussi par la cyphoscoliose. Le détroit supérieur est relativement élargi, le détroit inférieur est rétréci, et l'élargissement transversal du détroit inférieur est diminué, quoique toujours manifeste.

H. DE BRINON.

I. — Neuer Beitrag zur Aetiologie und Casuistik der Spondylolisthesis, par LUDWIG NEUGEBAUER (*Archiv für Gynækologie, B. XXV, H.* 2).

II. — Beschreibung dreier spondylolisthetischer Becken (Description de trois bassins spondylolisthésiques, par G. KRUKENBERG (*Archiv für Gynækologie, Bd. XXV, Heft* 1).

I. — Depuis que l'attention a été ramenée sur cette question par les travaux de Lambl, Hergott, Neugebauer, de nombreuses observations sont venues en peu de temps enrichir la statistique de cette affection; et il semble qu'elle ne doive pas être considérée comme très rare. Cependant quelques-uns des faits, publiés sous le titre de spondylolisthésis, doivent être rayés de la liste, l'examen plus minutieux des pièces ayant montré qu'elles avaient été à tort classées dans cette catégorie. En éliminant ainsi les erreurs de diagnostic, il reste 55 cas connus, savoir : 25 pièces anatomiques, dont 22 bassins spondylolisthésiques et 3 olisthésis de la 4e vertèbre lombaire et 30 faits cliniques dont les sujets sont encore vivants.

L'un des derniers faits cliniques publiés est celui de Krönig (*Zeitschrift für klinische Medicin*, 1884). Le sujet est un homme âgé de 35 ans : l'auteur a eu l'occasion de le voir, et l'examen qu'il en a fait le conduit à confirmer le diagnostic de Krönig : spondylolisthésis non fixée de la 5e lombaire avec déformation consécutive du bassin. C'est le 3e cas observé sur le sexe masculin. Un autre cas de spondylolisthésis a été récemment publié par Cory (*St-Thomas's Hospital reports*, XI).

D'après la description qu'en donne Cory, l'auteur considère ce fait comme un cas de bassin plat très prononcé, dû peut-être à une paralysie des muscles sacro-lombaires; le diagnostic de spondylolisthésis lui paraît au moins douteux. Un 3e fait clinique a été publié par Matthews Duncan (*Clinical Lectures, London*, 1882).

nouveaux bassins spondylolisthésiques ont été récemment découverts par l'auteur.

Le premier fait partie de la riche collection des hôpitaux de Londres et porte le n° 170 dans le musée du collège universitaire. C'est un cas type de spondylolisthésis lombo-sacrée. Le 2e, découvert par l'auteur chez un préparateur d'anatomie à Fribourg-en-Brisgau, est une hémiolisthésis de la 4e lombaire. Le 3e bassin a été rapporté de Vienne par l'auteur : c'est un cas de spondylolisthésis lombo-sacrée remarquable en ce qu'il montre le mode de production de la déformation et le mode de production de la saillie anormale du sacrum étudiée par Kilian. Le 4e bassin appartient à la collection anatomique de l'université de Varsovie et porte le n° 292 ; c'est une spondylolysis double interarticulaire de la 5e vertèbre lombaire.

Une pièce très intéressante a été présentée, le 10 février 1884, par le Dr Bricout, à la réunion de la Société anatomo-pathologique de Bruxelles.

Il s'agit d'une femme qui était morte à la Maternité de Bruxelles, à la suite d'une 2e opération césarienne. La déformation du bassin, qui avait nécessité ces deux opérations avait été produite par un accident d'éboulement dans une mine. La déformation fut considérée comme une spondylolisthésis. L'auteur a eu depuis l'occasion d'examiner ce bassin, et la section verticale qu'il a eu l'autorisation de pratiquer démontre qu'il ne s'agit pas d'une véritable spondylolisthésis. Il n'y a là ni élongation de l'arc de la 5e lombaire, ni dilatation dans le sens antéro-postérieur de la lumière du canal, ni anomalies dans les rapports de l'articulation lombo-sacrée. Il y a en réalité fracture du sacrum portant sur la 2e vertèbre sacrée avec glissement dans la cavité du bassin de la 1re vertèbre sacrée entraînant la colonne vertébrale toute entière ; la 1re vertèbre sacrée se trouve en contact avec la face antérieure de la 3e sacrée. Les symphyses sacro-iliaques ont été en même temps le siège d'une luxation et le sacrum a subi un mouvement de rotation sur son axe vertical, par suite duquel l'aileron gauche ne se trouve plus que partiellement en contact avec l'os iliaque gauche et fait une saillie en avant sur le trajet de la ligne innominée. La symphyse pubienne a été également atteinte par le traumatisme.

Revenant à l'étiologie de la spondylolisthésis, l'auteur arrive à cette conclusion que :

Deux causes seulement sont anatomiquement démontrées : la spondylolysis congénitale de l'arc de la 5e lombaire et la fracture des apophyses articulaires sacrées. Quant à la fracture primitive isolée des portions interarticulaires de la 5e lombaire, elle reste à l'état d'hypothèse. (*R. S. M.*, XVIII, p. 588 ; XXII, p. 596 ; XXV, p. 243 et 244.) H. DE BRINON.

II. — Les trois bassins décrits par l'auteur appartiennent aux collections de Bonn :

Le premier, déjà décrit par Ender (*Monatsschrift f. Geburtskunde*, 1869, B. XXXIII) avait été considéré par cet auteur comme atteint de carie. L'auteur démontre que les altérations de ce bassin ne se rattachent pas à la carie : suivant lui, sous l'influence d'une extension exagérée de la colonne lombaire, et peut-être sous l'action directe du fardeau que le sujet avait à soulever (il s'agissait d'une hotte), il s'est produit une fracture de la portion interarticulaire de la cinquième lombaire : la consolidation de cette fracture s'est faite par production de tissu fibreux ; consécutivement, il y a eu spondylolisthésis, et par suite, élongation notable de la portion interarticulaire et des apophyses articulaires lombosacrées. Dans le second bassin, l'altération de la portion interarticulaire paraît se rattacher, soit à une fracture,

soit à une spondylosthésis congénitale, mais plutôt à cette dernière lésion.

Dans le troisième bassin, l'arc vertébral est divisé en deux parties, au niveau de la portion interarticulaire, et ces deux parties se correspondent par des surfaces lisses et arrondies qui ne laissent aucun doute à l'auteur sur l'origine congénitale de la lésion. Il n'y a, dans ce troisième cas, aucun allongement de la portion interarticulaire. H. DE BRINON.

Die Anwendung der Zange bei Nachfolgendem Kopfe (De l'emploi du forceps dans l'extraction de la tête dernière), par CREDÉ (*Archiv für Gynækologie, Band XXV, Heft* 2).

Schrœder distingue deux séries de cas : les cas faciles dans lesquels le forceps est inutile, les cas difficiles dans lesquels son emploi est dangereux, au moins pour les enfants. La plupart des auteurs sont divisés sur le choix de la meilleure méthode à employer. L'auteur s'appuyant sur les résultats de sa pratique à la clinique de Leipsig se déclare résolument partisan du forceps. Sur 16 cas dans lesquels le forceps a été employé depuis 1878, il a perdu 1 mère et 4 enfants. Parmi les mères 8 avaient un bassin normal, 8 avaient un rétrécissement : c'est une de celles-ci qui a succombé, emportée par une hémorragie 4 jours après l'accouchement.

Les présentations se partageaient ainsi : 6 présentations du tronc, 4 du siège, 3 du crâne, 3 des pieds. Dans les 4 cas où l'enfant est mort, il y avait trois bassins rétrécis, un bassin normal : 2 fois il y avait eu procidence du cordon et version difficile; 2 fois accouchement prolongé avec rigidité des parties molles.

L'auteur ne prétend pas que le forceps doive remplacer dans tous les cas les méthodes manuelles en particulier, celle de Smellie-Veit : mais il prétend montrer par ses observations la haute valeur qu'il possède dans l'extraction de la tête dernière. H. DE BRINON.

Retention eines obgestorbenen Fœtus bis zum normalen Ende der Schwangerschaft (Rétention d'un fœtus mort jusqu'au terme normal de la grossesse), par PELZER (*Centralblatt für Gynækologie*, n° 9, 1885).

Mme G..., âgée de 30 ans, régulièrement menstruée depuis l'âge de 16 ans, accouchée déjà normalement de 2 enfants, nés à terme, se présente le 6 novembre 1884, à la clinique de Rabenau, et déclare que depuis le 12 février ses règles ont cessé, sans qu'elle ait éprouvé les symptômes de la grossesse. Au mois d'août, le docteur Martin, qu'elle avait consulté, avait diagnostiqué une grossesse de quatre mois.

L'utérus est dans une situation normale, un peu volumineux, ramolli, correspond au 4e mois de grossesse. La portion intravaginale du col est volumineuse, distendue, et sous le spéculum elle se montre bleuâtre. L'orifice est assez large.

Les seins sont bien développés; par la pression, on ne fait sourdre aucun liquide; l'examen ne fait ressentir de douleur à aucun organe.

D'après cet état, il ne pouvait s'agir que de 3 cas :

1° Une tumeur utérine; mais contre cette hypothèse il y avait la cessation des règles, la consistance de l'utérus, et par-dessus tout le fait qu'une tumeur molle n'avait pas augmenté depuis 4 mois;

2° Etait-ce une grossesse récente datant du mois de juillet, puisqu'il y

avait eu une apparition de règles à cette époque? Mais le diagnostic du docteur Martin écartait cette supposition;

3° Il ne restait donc plus qu'à admettre la rétention d'un fœtus, qui serait mort en juillet.

C'est dans ce sens que le diagnostic fut établi.

Le 15 novembre, Rabenau et plusieurs collègues examinèrent la femme, et, peut-être sous l'influence de ces multiples explorations, l'utérus se réveilla de son inertie, si bien que deux jours après la malade se plaignit de grandes pertes de sang.

L'examen montra le canal cervical dilaté par l'œuf, qui bombait.

L'auteur se mit immédiatement à extraire l'œuf avec le fœtus, en prenant beaucoup de précautions. Néanmoins les membranes se rompirent, et il s'en écoula une partie de liquide amniotique, d'une coloration claire, mais d'une odeur putride.

La délivrance fut facilement faite par expression utérine. On pratiqua immédiatement une injection intra-utérine, avec une solution de sublimé (1 sur 4000).

Le fœtus du sexe masculin était bien développé; les os de la tête chevauchaient les uns sur les autres, longueur totale 19 centimètres. Le cordon ombilical avait 65 centimètres; peu de torsion, pas de nœuds. Le placenta, de forme et de structure normales, inséré au fond de l'utérus; le diamètre de 8,5 à 7,5 centimètres; l'épaisseur de 2,5 centimètres.

Les suites de couches furent normales, sauf que la femme n'ayant pas gardé le lit assez longtemps, il se développa une rétroflexion; l'utérus fut redressé à l'aide d'un pessaire; l'organe mesurait 8 centimètres le 26 janvier 1885.

On n'a pu déterminer les causes de la mort et de la rétention du fœtus; l'accouchement aurait normalement dû avoir lieu le 19 novembre; il se fit le 17; c'est donc ici un cas de rétention jusqu'au terme normal de la grossesse.

BERTHOD.

Grossesse quintuple, par POLIAKOFF (*Med. Obozrenié, p.* 1015, 1885).

Cette observation rare a été recueillie dans le village de Sorai, district de Sapojok, gouvernement de Riazan; la mère, paysanne de 27 ans, mariée depuis 9 ans, a eu déjà six grossesses (chaque fois un seul enfant). Elle entre à l'hôpital Zemski au 5ᵉ mois de sa grossesse, à cause des proportions énormes du ventre. Un mois après, survient l'accouchement de 5 enfants du sexe féminin, venus à quelques minutes de distance : 2 en présentation pelvienne, 3 en présentation occipitale. Le 1ᵉʳ fœtus (un monstre microcéphale, absence de doigts et d'orteils) était mort; il pesait 934 grammes et mesurait 41 centimètres de long. Les 4 autres pesaient en moyenne 590 grammes et mesuraient de 29 à 31 centimètres; ils étaient vivants, mais moururent quelques instants après. Le placenta pesait 585 grammes; les 5 cordons prenaient naissance sur les bords du placenta.

A. C.

Ueber Schaedelverletzungen des Kindes durch den Forceps (Fracture du crâne par le forceps), par LOMER (*Berliner klinische Wochens., n°* 23, *p.* 363, 9 *juin* 1884).

Lomer présente le crâne d'un enfant dont l'extraction avec le forceps avait été très difficile et qui succomba le quatrième jour. Pendant sa vie, il avait offert une exophtalmie intense. A l'autopsie, on constata une fracture du toit de l'orbite droit. Il s'agit donc là d'une fracture par compression indirecte.

Lomer a retrouvé 3 cas analogues dans le journal d'autopsies de l'hôpital, et 1 seul dans la littérature.

Sur les 27 cas de lésions crâniennes, par application de forceps, qui sont

consignés dans le registre hospitalier, la plupart sont des fractures du frontal et des ruptures de la suture sagitto-lambdoïde. J. B.

Eyrysipelas und Puerperalfieber, par A. GUSSEROW (*Archiv für Gynækologie, Band XXV, Heft* 2).

Pour l'auteur il n'y a aucune relation entre la septicémie puerpérale et l'érysipèle : les deux affections n'ont rien de commun et l'une n'engendre jamais l'autre. Que l'érysipèle se déclare pendant la grossesse ou après l'accouchement, son évolution n'est influencée ni par la grossesse ni par le processus puerpéral. L'auteur a eu l'occasion de faire l'autopsie de deux cas d'érysipèle survenus l'un au 8e mois d'une grossesse, l'autre au 8e jour après les couches ; dans l'un et l'autre cas, il n'a trouvé que les lésions de l'érysipèle, et aucune trace de lésion septicémique.

Au printemps de 1879 il y a eu à la Maternité de la Charité, une série d'érysipèles (8 cas) coïncidant avec une épidémie de fièvre puerpérale. Cette coïncidence offrait à l'auteur une occasion de constater les relations qui peuvent exister entre les deux affections. Ses observations confirment l'indépendance absolue des deux affections. Bien loin de se multiplier dans la même proportion que l'épidémie septicémique, les cas d'érysipèle sont restés isolés et peu nombreux. Les signes d'infection septique ont toujours précédé l'apparition de l'érysipèle et la septicémie a poursuivi sa marche comme s'il n'était survenu aucun phénomène nouveau dans l'économie ; tout au plus a-t-on constaté un peu plus d'élévation et d'irrégularité de la fièvre et quelques manifestations pneumoniques.

L'auteur a fait, en outre, une série d'expériences qui démontrent, suivant lui, que l'érysipèle ne peut produire la septicémie, et, par conséquent, la fièvre puerpérale. Il a inoculé six lapins avec des cultures de micrococques de l'érysipèle ; deux ont reçu les produits de culture dans la cavité péritonéale ; sur deux autres, le produit de culture a été porté directement sur une petite plaie faite au péritoine : les deux derniers ont reçu les produits de culture dans le tissu cellulaire sous-péritonéal, et aucun de ces animaux n'a été malade ; après avoir été conservés un certain temps, l'auteur en a fait l'autopsie et n'a constaté nulle part des traces de lésions septicémiques. Les préparations microscopiques de ces micrococques avaient été contrôlées par Fehleisen : de plus, deux inoculations faites dans la peau de l'oreille d'un lapin avaient donné naissance à un érysipèle parfaitement caractérisé. H. DE BRINON.

Puerperal diphtheria, par H.-J. GARRIGUES (*Amer. Gyn. Soc.— Boston med. and surg. Journ.*, 1er *octobre* 1885).

Ce travail est basé sur 29 observations. La diphtérie puerpérale est caractérisée par une infiltration diphtéritique ordinairement de coloration gris-perle. Cette infiltration se présente d'abord sous forme de petites plaques qui s'étendent et se réunissent. L'exsudat est très adhérent aux tissus sousjacents. Il se forme de préférence dans les points les plus rétrécis du canal génital. Cela provient probablement de ce que ces points sont plus exposés aux traumatismes. La paroi postérieure du vagin

est atteinte plus souvent que l'antérieure, peut-être parce qu'elle est plus en contact avec les liquides provenant de l'utérus. L'exsudat peut, cependant, envahir les parties saines de la muqueuse. Les tissus voisins sont plus ou moins tuméfiés. Le tissu connectif du bassin est œdématié et souvent ecchymosé. La peau est quelquefois le siège d'un érythème, caractérisé par de petites taches de coloration rouge sombre, et que la pression ne fait pas disparaître. Dans un cas, on vit paraître des pétéchies du volume d'un grain de chènevis. L'auteur put faire 5 autopsies. Dans chaque cas, l'utérus était volumineux et atteignait presque l'ombilic, 15 jours après l'accouchement.

Le col peut être déchiré et le siège de plaques diphtéritiques. Dans deux cas, une grande partie du col et le vagin furent atteints de gangrène. Le tissu utérin est friable, presque diffluent. L'exsudat peut envahir les tubes de Fallope. Quelquefois des lambeaux de tissu musculaire se détachent de l'utérus. Dans un cas, un lambeau de 10 centimètres de long sur 5 centimètres de large et 25 millimètres d'épaisseur fut expulsé. Ces lambeaux sont piriformes; leur surface libre est grisâtre, leur surface profonde, couleur de chair. Ils sont perforés d'un certain nombre de trous qui correspondent aux sinus utérins. Le tissu musculaire dont ils se composent, a subi une dégénérescence graisseuse plus ou moins avancée. Le tissu connectif est plus abondant. On rencontre des lésions dans d'autres organes, quelquefois dans les articulations.

Un travail laborieux et une constitution détériorée sont les causes prédisposantes de la maladie. La cause efficiente est une infection venant du dehors. L'auteur n'a pas pu constater la transmission directe d'un individu à un autre; le poison paraît séjourner dans les salles d'hôpital. Il suffit d'y faire brûler du soufre pour faire disparaître la diphtérie pendant longtemps.

La diphtérie puerpérale débute de 2 à 4 jours après l'accouchement, par de la fièvre et un frisson plus ou moins violent. La température s'élève graduellement et atteint en moyenne 38.8 et 40. Il y a de l'anorexie, des vomissements, de la diarrhée, de la céphalalgie, de l'abattement ou du délire. La malade se plaint de douleurs à l'épigastre, dans l'aine et quelquefois dans les jambes. L'utérus est volumineux et sensible. Les aines sont souvent le siège de douleurs et de tuméfaction. Les lochies sont quelquefois rares et fétides, quelquefois normales. La plaque diphtéritique paraît du 3e au 7e jour après l'accouchement et ne cesse de s'étendre que du 3e au 8e après le début du traitement. Dans un cas, une plaque parut sur la langue. La sécrétion rénale est troublée et la miction souvent douloureuse. L'albuminurie fut constatée trois fois, l'ictère deux fois; l'haleine fade et les sueurs abondantes de la septicémie, deux fois. Dès que la marche de la diphtérie est arrêtée, les malades se rétablissent rapidement.

Le diagnostic n'est pas difficile. 5 malades sur les 29 succombèrent, dont une à la suite d'une rupture utérine. La durée des cas favorables est d'environ 15 jours. Mais les gangrènes partielles de l'utérus affaiblissent cet organe et le prédisposent à la rupture dans les grossesses ultérieures.

En parlant de la prophylaxie de la diphtérie puerpérale, l'auteur conseille de pratiquer le toucher vaginal le moins souvent possible pendant

le travail et d'éviter les traumatismes du canal génital. Tout ce qui touche les malades doit avoir été préalablement lavé dans une solution de sublimé à 1/2000. — Le traitement proprement dit doit être énergique. Il faut cautériser les parties malades avec une solution de chlorure de zinc et d'eau distillée, en parties égales. Ce procédé est douloureux et exige quelquefois l'administration d'un anesthésique. On lave le vagin, ainsi que la cavité utérine avec une solution de sublimé à 1/2000; puis on introduit un suppositoire contenant 85 centigrammes d'iodoforme. Il faut examiner les parties malades tous les jours et répéter les cautérisations jusqu'à ce que les plaques aient cessé de s'agrandir. Les autres symptômes seront combattus par les moyens usuels. J.-B. H.

Albuminurie gravide et éclampsie, par DOLÉRIS et POUEY (*Compt. rend. de la Soc. de biologie*, 18 *juillet* 1885).

Voici les conclusions de ce travail :

Des microorganismes peuvent se rencontrer fortuitement dans la vessie des femmes enceintes indépendamment de l'albuminurie et sans que rien autorise à les juger de provenance rénale. Il faut donc tenir compte de cette cause d'erreur dans les recherches de ce genre.

On rencontre l'albuminurie dans la proportion de 1/20 environ chez les femmes enceintes. Dans l'urine de ces femmes franchement albuminuriques, les auteurs ont trouvé constamment des organismes avec prédominance de streptococcus. Le sang des femmes enceintes albuminuriques renferme souvent, sinon toujours des organismes révélés par la culture. L'urine et le sang de certaines éclamptiques albuminuriques contiennent des microbes. On peut observer la marche croissante et décroissante de la néphrite microbienne et de l'infection sanguine parallèlement aux accidents convulsifs. F. HENNEGUY.

Emploi du froid dans les accouchements, par GROGNOT (*Bull. gén. de thérapeut.*, 15 *novembre* 1884).

Pour provoquer une reprise ou une accélération du travail, l'auteur plonge sa main dans un seau d'eau fraîche pendant une ou deux minutes ; dès que sa main paraît assez refroidie, il l'applique aussi largement que possible sur le ventre de la femme. Quelques secondes après, en général, on sent l'utérus se contracter ; alors, on peut retirer la main, la femme va annoncer une douleur. Dans la plupart des cas on n'aura pas besoin de continuer ces applications plus de dix à quinze fois. L'utérus semble avoir été réveillé de son sommeil et le travail marche seul et à souhait. Le froid est un excitateur de la fibre de l'utérus. BAZILE FÉRIS.

Sur un cas de tumeur congénitale de la région ano-coccygienne ayant nécessité une embryotomie, par F. LECLERC (*Lyon méd.*, 7 *juin* 1885).

Femme de 29 ans. Cinq grossesses antérieures. Deux enfants vivants. Bassin bien conformé. A son entrée à l'hôpital, on constate une dilatation commençante ; mais en même temps on trouve une grande quantité d'albumine dans les urines. Fœtus probablement mort, car on ne peut trouver les battements du cœur. Présentation transversale. On tente inutilement la version à plusieurs reprises; c'est à grand peine qu'on arrive à ramener les pieds dans le fond du vagin. Pendant ces tractions on produit une fracture de la jambe.

Devant l'impossibilité de terminer l'accouchement par la version on perfore l'abdomen par le périnée avec le crâniotome de Blot. Ecoulement nul. On sent alors une masse volumineuse qui fait croire à un monstre double, ce qui n'était pas. A l'aide des crochets, des ciseaux embryotomes, on arriva à extraire les diverses parties du fœtus et à la fin une tumeur volumineuse. Adhérence placentaire qui nécessita un décollement artificiel. La malade fut prise de septicémie puerpérale, mais elle guérit de tous ces accidents, y compris l'albuminurie.

Les obstacles à l'accouchement provenaient d'une tumeur énorme, du volume de deux têtes de fœtus, pesant 950 grammes et fixée par une large base d'implantation à la région ano-coccygienne. Cette tumeur est ronde, molle, résistante, entourée d'une forte coque fibreuse; à la coupe, elle présente l'aspect d'un tissu sarcomateux.

L'auteur passe en revue les diverses observations analogues et discute les conditions particulières de difficultés créées dans ce cas par la position transversale. A. C.

Dystocie par rétention d'urine. Hydronéphrose. Dégénérescence kystique des reins chez le fœtus. Pathogénie de l'ascite congénitale et physiologie de la miction fœtale, par PORAK (*France médicale*, 13 *octobre* 1885).

L'auteur reçut cette année dans son service, à l'hôpital Saint-Louis, une femme enceinte de 8 mois, qu'on n'avait pas pu accoucher en ville. La tête et les deux bras de l'enfant avaient été arrachés. L'obstacle tenait à une distension de l'abdomen par un épanchement liquide. Aussi l'accouchement se termina-t-il rapidement après une simple ponction.

A l'autopsie du fœtus, on constata une distension de la vessie telle qu'on put y verser un litre d'eau. Les uretères, considérablement distendus, avaient un diamètre au moins double de celui de l'intestin. Les reins étaient transformés en tumeurs kystiques volumineuses.

Au niveau de la région membraneuse de l'urètre existait une valvule dont le sinus était ouvert du côté de la vessie. Elle s'opposait à tout écoulement par l'urètre. Il y avait un peu d'épanchement dans la cavité péritonéale.

La cause de la rétention d'urine était manifestement le fait de la valvule urétrale. L'urine était aqueuse et ne présentait aucune odeur. L'auteur tire de ce fait la confirmation de l'opinion qu'il soutient depuis longtemps, à savoir que la sécrétion urinaire du fœtus est aqueuse et contient fort peu de matériaux de désassimilation. C'est le placenta qui est le véritable rein du fœtus au point de vue fonctionnel; c'est à la fois le principal organe d'absorption et d'élimination. GASTON DECAISNE.

I. — Mittheilung über zwei an Hofrath Späth's Klinik ausgeführte Kaiserschnittoperationen (Deux nouvelles opérations césariennes), par EHRENDÖRFER (*Arch. f. Gynækol.*, *Band XXVI*, *Heft* 1).

II. — Fünfter Kaiserschnitt bei einer Person (Opération césarienne pratiquée pour la cinquième fois sur le même sujet; recherches sur le bassin couvert), par Friedrich G. H. BIRNBAUM (*Ibid. Band XXV*, *Heft* 3).

III. — History of a case of twice performed cœsarean section, with the autopsy made fifty years after (Opération césarienne pratiquée deux fois sur la même femme; autopsie 50 ans plus tard), par Caleb W. HORNOR et Robert P. HARRIS (*Americ. journ. of med. Sc., octobre* 1885).

I. — Relation de deux opérations qui ont eu lieu à la clinique de Späth. La première est une opération de Porro pratiquée par Späth sur une femme

de 31 ans, atteinte d'ostéomalacie. Enfant à terme vivant. La mère succombe le 7e jour à une péritonite (28 juin 1884). La seconde est une opération césarienne pratiquée par Ehrendörfer (29 septembre 1884). La femme multipare, âgée de 27 ans, succombe le 6e jour à une péritonite purulente. Dans ce dernier cas, l'obstacle à l'accouchement provenait d'un fibrome extrapéritonéal développé aux dépens du feuillet postérieur de la gaine du muscle droit et du fascia transversal.

II. — L'auteur a eu l'occasion de pratiquer 3 fois l'opération césarienne sur la même femme; cette femme avait déjà subi 2 autres fois la même opération. Elle est morte subitement 4 jours après la 5e opération césarienne, par suite d'une embolie des artères pulmonaires. Son bassin ne présentait aucune trace de rachitisme, mais le détroit supérieur offrait dans le sens antéro-postérieur et dans le sens transversal un rétrécissement de 2,75, et il existait un double promontoire. On remarque en outre que les 2 ailerons du sacrum ne sont pas à la même hauteur. Le droit part directement de la vertèbre qui forme le promontoire, et qui est bien la première vertèbre sacrée caractérisée par la présence d'un trou fermé : l'aileron gauche part de la vertèbre immédiatement inférieure; la face supérieure de l'aileron droit se trouve ainsi 2 centimètres plus haut que celle de l'aileron gauche. H. DE BRINON.

III. — Relation de l'autopsie de Mme Reybold, qui avait subi deux fois l'opération césarienne en 1833 et 1837, pour un rétrécissement rachitique du bassin. Dans deux accouchements antérieurs la délivrance avait été obtenue par la céphalotripsie, mais la malade avait voulu qu'on tentât de sauver l'enfant pour la troisième grossesse. Les deux opérations avaient été faites par William Gibson et sont relatées dans le même journal (vol. XVI, 1835 et vol. XXVI, 1838). La malade a succombé dans le courant de 1885, cinquante ans après sa première opération. On peut reconnaître les traces de la péritonite (qui fut assez grave) par des bandes fibreuses unissant le péritoine à la paroi abdominale; on reconnaît également plusieurs des points de suture. A la partie inférieure de la cicatrice abdominale, se trouve une longue bande de tissu rouge pâle, ressemblant à la langue d'un chien, qu'on reconnut pour le fond de l'utérus allongé de 4 pouces et demi. La partie supérieure du vagin et le col utérin, forment une corde dure du volume d'un index. Il y a dû avoir des adhérences entre le fond de l'utérus et la partie supérieure de la plaie abdominale, avant le retrait de l'utérus, d'où la forme de ces organes. Le bassin a les caractères ordinaires des bassins rachitiques. A. C.

I. — Laparotomies pour grossesses extra-utérines, par VEIT et MARTIN (*Berliner klinische Wochens.*, *n°* 13, *p.* 189, 24 *mars*, *et n°* 51, *p.* 821 *et* 822, 22 *décembre* 1884).

II. — Notes on three cases of tubal pregnancy successfully operated upon at the period of rupture, par Lawson TAIT (*Brit. med. journ.*, *p.* 778, *avril* 1885).

I. — L'observation de Veit concerne une femme de 28 ans accouchée pour la première fois il y a 4 ans. A la suite d'un avortement survenu il y a 2 ans, pelvi-péritonite. Dernière époque menstruelle, fin novembre 1883. Un mois plus tard, la malade éprouve les premiers symptômes de la grossesse. Au milieu de février, Veit constate que l'utérus est peu développé, qu'il est placé profondément dans le bassin. A droite et en avant de lui, assez proche de la paroi abdominale, se trouve une tumeur un peu plus grosse qu'un poing d'homme. Cette tumeur est reliée à l'utérus par un cordon et elle est de consistance beaucoup plus molle qu'une tumeur de l'ovaire; à sa surface, battent de nombreux vaisseaux. Veit fit le diagnostic de grossesse tubaire.

Laparotomie. L'opération extrêmement simple ne dura pas plus de 20 minutes après le début de l'anesthésie ; la malade guérit parfaitement. Du 4 au 6e jour elle a eu comme du gonflement des seins et dès le 3e jour la caduque s'était éliminée.

Le fœtus,au moment de l'extraction du sac tubaire, ne fit aucun mouvement respiratoire spontané, mais en lui excitant la peau, on déterminait l'apparition de mouvements costo-abdominaux. Il était long de 7 centimètres 1/2.

Le pédicule du sac fœtal était constitué par l'extrémité allongée de la trompe.

Martin a également pratiqué avec succès la laparotomie pour une grossesse extra-utérine. Le squelette d'un fœtus de 3 mois se trouvait fixé sur une tumeur dure de la grosseur du poing. J. B.

II. — Résumé sommaire de trois opérations de laparotomie pour des grossesses extra-utérines, qui démontrent qu'en pareil cas la grossesse est toujours tubaire et que la rupture de la trompe se fait vers la 10e ou 12e semaine de la grossesse, au point d'implantation du placenta.

Obs. 1. — Femme de 36 ans, n'ayant jamais eu d'enfants, ayant cessé de voir ses règles 4 mois auparavant. Au commencement de novembre, douleur abdominale très vive. Quinze jours après, on constate que l'utérus est immobile et qu'à droite existe un empâtement douloureux. Opération le 28 novembre : abdomen rempli de sérum et de caillots. La trompe gauche s'était rompue et avait donné lieu à une énorme hématocèle. Son ablation fut très difficile, à cause de la facilité de l'hémorragie : malgré cela guérison rapide ; la malade quitte l'hôpital le 5 janvier.

Obs. 2. — Femme de 41 ans, mère de 8 enfants. Cessation des règles en novembre. En février, symptômes de pelvi-péritonite aiguë adhésive. Ouverture du ventre le 9 février : tout le petit bassin est rempli de caillots sanguins. Le fœtus était dans la fosse iliaque droite, à côté de la trompe rupturée. Drainage et ablation de la poche kystique. Guérison définitive le 5 mars.

Obs. 3 — Femme de 26 ans, mère de 4 enfants. Cessation des règles le 25 décembre. Le 15 février, douleur pelvienne violente, et pelvi-péritonite. Le 23, tout le contenu du petit bassin paraît réuni par des adhérences. Ouverture de l'abdomen le même jour. Au milieu d'un énorme caillot se voit la trompe de Fallope gauche rompue, contenant un placenta. La trompe est extraite avec grande difficulté, à cause d'une hémorragie profuse. Drainage du bassin : guérison très rapide ; la malade quitte l'hôpital le 11 mars.

H. R.

MALADIES VÉNÉRIENNES.

Sur le microbe de la syphilis, par CORNIL, ALVAREZ et TAVEL (*Bullet. de l'Ac. de méd., 2e série, t. XIV, n° 31*).

Dans ce travail, l'auteur expose les résultats des recherches entreprises sous sa direction par Alvarez et Tavel, à l'effet de contrôler les travaux de Lustgarten sur le microbe de la syphilis. Or, il résulte de ces recherches qu'il existe à l'état normal un microbe dans les secrétions de la muqueuse des organes génitaux externes, et que ce microbe possède tous les caractères de coloration du bacille de Lustgarten ; il en a aussi

la forme et les dimensions. Il ressemble beaucoup au bacille de la tuberculose et présente plusieurs des réactions considérées jusqu'ici comme spéciales au bacille de Koch et à celui de la lèpre. C'est ainsi qu'il se colore par la méthode d'Ehrlich à la fuchsine, qu'il reste très bien coloré après traitement par l'acide nitrique au tiers. Il se colore aussi par la méthode de Gibbes et par celle de Fränkel, à la fuchsine et en bleu de méthylène ou à la vésuvine. Sa longueur varie de 2 à 7 μ; son épaisseur est à peu près de 3/10 de μ. Il se distingue du bacille de la tuberculose, en dehors de sa moindre épaisseur et de son aspect moins granuleux, par sa moindre résistance à l'alcool après coloration par la fuchsine et traitement par l'acide nitrique; il s'en distingue encore par l'insuccès des colorations, d'après la méthode d'Ehrlich, au violet de méthyle. Mais ce qui se dégage avant tout de ces recherches, c'est qu'il ne faut pas se hâter d'admettre que le bacille de Lustgarten soit en réalité la cause de la syphilis. GASTON DECAISNE.

Note sur les ostéites tuberculeuses et syphilitiques de la voûte du crâne, par POULET (*Bull. Soc. chir., p.* 617, 1884).

S'il faut en croire Poulet, les désordres causés par la tuberculose ou la syphilis offriraient des caractères spéciaux tout à fait significatifs. Dans la syphilis, vient-on à pratiquer une coupe, on est frappé du contraste qu'offre l'association de la condensation et de la raréfaction; un grand nombre de petits trous gros comme une tête d'épingle sont entourés par une zone d'ostéite condensante aussi dense que l'ivoire.

En examinant la lésion dans les points les moins avancés, on voit le bourgeon gommeux, parti du périoste, s'enfoncer directement dans l'os à travers un pertuis étroit, décrire ensuite dans le tissu spongieux une véritable hélice; les tours de spire deviennent de plus en plus grands à mesure que le bourgeon s'éloigne de son point d'entrée. La raréfaction osseuse est absolument limitée au trajet du bourgeon, tandis que les parois sont le siège d'une ostéite condensante très intense.

Ce n'est pas là une évolution spéciale au crâne, et les bourgeons gommeux ont une disposition analogue dans les autres os; il y a seulement une différence dans la disposition et la régularité de l'hélice; au lieu d'être en surface comme au crâne, l'hélice est moins large et plus haute; on comprendra mieux si on compare la spirale crânienne à un ressort de montre, et celle des autres os longs à un vulgaire tire-bouchon. Cette évolution des bourgeons épiphysaires est toujours difficile à reconnaître, parce que ces os longs sont hyperostosés et profondément modifiés.

Cette disposition hélicoïdale s'observe surtout à la périphérie des foyers d'ostéite gommeuse. En effet, partout où les bourgeons sont multiples, les spirales empiètent les unes sur les autres, et détruisent l'os d'une façon très irrégulière, ne laissant à leur intersection qu'une multitude de petites saillies stalactiformes, plus ou moins arrondies, qui donnent au crâne syphilitique son aspect si particulier. Si l'affection débute par le péricrâne, elle détruit insensiblement toute la forme externe de l'os en s'arrêtant au niveau de la table interne qui oppose toujours une résistance notable. Aussi les perforations sont-elles en pareil cas rares et étroites. On voit alors à la surface du frontal, par suite de la résorption de toutes les petites saillies secondaires, une large perte de substance superficielle,

et çà et là quelques colonnes saillantes en forme de champignons, d'apophyses coracoïdes, plus étroites à leur base qu'à leur sommet et rangées près de leur point d'implantation comme des pierres de Carnac. Ce sont les derniers vestiges de l'ancien os; leur tissu est éburné et ils appartiennent certainement à une forme essentiellement lente de la syphilis crânienne. Si l'ostéite gommeuse débute en même temps à la face profonde de l'os et sous le péricrâne, l'altération de la voûte devient plus rapide, et c'est ainsi que se produisent de larges perforations.

L. JULLIEN.

Miliare Gummigeschwülste der Milz, nebst, etc. (Gommes miliaires de la rate avec remarques sur le diagnostic différentiel des gommes et des tubercules, par BAUMGARTEN (*Arch. für path. An. u. Phys. XCVII, Heft* 1, *p.* 21).

Une femme entrée dans le service de Schneider avec des accidents de syphilis secondaire, y meurt avec des symptômes de syphilis cérébrale (hémiplégie droite, troubles de la parole, etc.). A l'autopsie, gomme du frontal gauche, en outre petite tumeur adhérente à la face supérieure de l'artère basilaire. La rate triplée ou quadruplée de volume présente d'innombrables masses miliaires, légèrement saillantes, un peu ombiliquées; à la coupe, ces masses ont le volume d'un grain de mil ou d'une lentille, ne font pas saillie sur la coupe, ne sont pas régulièrement arrondies, coloration jaune pâle, dégénérescence puriforme au centre. Le tissu de la rate dans l'intervalle donne avec l'iode la coloration brune.

Baumgarten considère ces masses comme des gommes miliaires, il ne s'agit là ni d'abcès miliaires ni de tubercules de la rate. Il rappelle d'abord les différents travaux faits sur la syphilis de la rate (Virchow, E. Wagner, Gold, Haslund et Vallat), puis mentionne les difficultés que l'on a à distinguer au microscope la gomme et le tubercule.

Les caractères que, avec la majorité des auteurs, il considère comme les plus importants de la gomme sont les suivants: pas de cellules géantes de Langhans, pas de bacilles de Koch, inoculation négative au lapin. L'évolution ultérieure de la gomme diffère aussi de celle du tubercule, elle est, après le travail de nécrose, plus dure, gris jaunâtre plutôt que jaune, plus élastique, plus transparente, ressemblant plus à du lard qu'à du fromage. Mais le caractère capital pour Baumgarten c'est qu'elle contient des vaisseaux remplis de globules intacts. Cependant on peut observer des formes mixtes de syphilome et de tubercule. P. GALLOIS.

Gommes syphilitiques de l'hémisphère cérébral droit, ayant donné lieu à des symptômes de paralysie générale, sans paralysies localisées, par DESNOS (*Soc. méd. des hôp.*, 25 *février* 1885).

Homme de 40 ans présentant à son entrée à l'hôpital une faiblesse accentuée des quatre membres, du bégayement, quelques accès épileptiformes et un peu de délire ambitieux, avec un affaiblissement notable de l'intelligence. En raison d'une cicatrice sur le nez, et de l'écrasement de ce dernier, on diagnostique une syphilis ancienne. Malgré le traitement ioduré, le malade tomba rapidement dans le coma et finit par mourir.

A l'autopsie, on trouva sur le lobe frontal droit, une plaque où la pie-mère adhère intimement au cerveau; elle confine en arrière à la frontale ascendante, et en bas, adhère à la première temporale. A la coupe, on voit que la tumeur sous-jacente mesure 4 centimètres de haut sur 2 de large.

A la face externe du globe temporal siège une seconde tumeur plus petite, sur la seconde circonvolution. Partout ailleurs les méninges s'enlèvent aisément, excepté sur deux foyers de méningite au niveau des scissures de Sylvius. L'examen histologique confirma le diagnostic de gommes syphilitiques. H. L.

Ueber Hirnsyphilis, par ROSENTHAL (*Soc. des méd. de Vienne*, 27 *mars* 1885).

L'auteur passe en revue quelques cas de syphilis cérébrale :

1° Syphilomes multiples des circonvolutions frontales avec pachyméningite secondaire chez une femme de 27 ans; céphalée, névralgie sus et sous-orbitaire gauche. Pas de troubles de la motilité.

2° Syphilis congénitale; artérite oblitérante tardive (à 32 ans). Ramollissement des circonvolutions centrales à gauche. Epilepsie jacksonienne, hémiplégie et hémianesthésie à droite. Cicatrices à la surface du foie.

3° Syphilome du noyau lenticulaire (1er et 2e segments) sans lésion de la capsule externe. Gommes du foie. Pas de troubles moteurs. Il s'agit d'une femme de 38 ans.

4° Gommes du corps strié droit avec pénétration dans le noyen lenticulaire et compression de la capsule interne; atrophie du moteur oculaire commun chez une femme de 36 ans. Hémiplégie gauche, paralysie faciale, diminution de la sensibilité à gauche, paralysie des nerfs des 3e et 6e paires à gauche.

L. GALLIARD.

Welche sind die anatomischen Veraenderungen der luetischen Haut nach Ablauf der Klinischen Erscheinungen ? (Quelles sont les modifications anatomiques de la peau syphilitique après la disparition des manifestations cliniques ?), par NEUMANN (*Wiener mediz. Wochenschrift*, 1885).

Si, avant l'apparition des syphilides cutanées, l'examen microscopique de la peau ne révèle aucune modification, il n'en est pas de même à la suite de ces éruptions. L'auteur, ayant examiné la peau des malades ayant présenté toutes sortes de syphilides, a pu constater des résidus de ces processus pathologiques même plusieurs mois après la disparition de tout signe clinique. Il montre que, peu de temps après l'effacement des syphilides, le derme est encore rempli de pullulations cellulaires qui se trouvent surtout autour des vaisseaux, des glandes sudoripares et sébacées, remplies ou non de pigment. A un moment plus éloigné, la pullulation cellulaire est moins abondante autour des vaisseaux et des follicules, mais leurs parois paraissent plus épaisses.

On ne peut préciser le temps qu'il faudrait pour que tous ces résidus de la maladie disparaissent, parce qu'on ne peut marquer d'une façon durable pendant des années les places de la peau qui ont été le siège de syphilides, mais il ressort de ces recherches que bien longtemps après la disparition de toute manifestation macroscopique la peau n'est pas encore guérie. M. SCHACHMANN.

Ueber Pigmentirung der Haut in Folge von Syphilis (Pigmentation de la peau à la suite de la syphilis), par NEUMANN (*Wiener mediz. Blaetter*, 1885).

A la suite d'affections syphilitiques de la peau, on trouve le pigment dans des cellules exsudatives ou dans des cellules de tissu conjonctif au milieu du tissu cutané. Ce pigment disparaît plus ou moins rapidement à la suite de syphilides maculeuses, papuleuses ou pustuleuses, mais

persiste avec ténacité autour des cicatrices que laissent après elles les syphilides ulcéreuses.

Le pigment, sous forme de granulations jaunes-brunâtres, occupe les cellules exsudatives dans les cas où la pigmentation est éphémère ; il est renfermé dans les cellules de tissu conjonctif, lorsque la pigmentation est persistante. Les cellules exsudatives pigmentées se rencontrent principalement dans le corps papillaire et dans la tunique adventice des vaisseaux, et rarement dans les parois des follicules pileux ; lorsque les cellules pénètrent dans la couche de Malpighi et dans les végétations syphilitiques cutanées, on trouve immédiatement sous la couche cornée de fines granulations pigmentaires ramifiées entre les cellules épidermiques. Ce pigment est repris avec les cellules exsudatives par la résorption ; c'est ce qui explique son existence éphémère.

L'auteur explique de la façon suivante la leucopathie syphilitique qui se montre après des syphilides papuleuses ou maculeuses, spécialement sur la nuque des femmes. L'épiderme qui avait recouvert la macule disparaissant, le nouvel épiderme ne renferme pas encore de pigment : d'où la naissance d'une tache blanchâtre (vitiligo) ; ce n'est que lentement, souvent tardivement, que l'épiderme reçoit des granulations pigmentaires et prend une coloration normale, tandis que les cellules pigmentées qui occupent le chorion disparaissent par résorption.

L'examen des gommes cutanées et de ces groupes de papules persistantes, tenaces, qu'on trouve dans certaines parties du corps, comme le genou, le coude, montre que le pigment y est contenu dans des cellules de tissu conjonctif, et c'est ce qui explique leur persistance.

M. SCHACHMANN.

Ueber das Leucoderma syphiliticum, par RIEHL (*Wien. med. Jahrb., Heft II, p.* 245, 1884).

L'auteur a observé fréquemment cette forme de vitiligo, que Neisser rapporte à la syphilis, et qui se présente, surtout chez les femmes, au cou, au tronc, plus rarement aux membres ou à la face. Il se distingue du vitiligo idiopathique par ce fait qu'il ne se manifeste jamais sur la peau saine, mais succède toujours, soit aux macules ou aux papules de la période secondaire, soit, plus rarement, aux syphilides intermédiaires.

Quand il se substitue à la roséole, on voit les macules subir d'emblée une décoloration totale ; les papules syphilitiques, au contraire, se décolorent d'abord seulement à la périphérie, tandis que le centre conserve un certain temps la teinte brune. Dans l'intervalle des taches blanches, la coloration brun foncé du tégument s'accentue ; de là l'erreur des syphiligraphes qui ont vu le processus pathologique non pas dans les taches blanches, mais dans la pigmentation anormale (syphilide pigmentaire).

Les taches vitiligineuses, quelle que soit leur origine, ne restent pas stationnaires ; elles s'élargissent progressivement et se réunissent les unes aux autres, si bien qu'on ne voit plus subsister entre elles que de rares espaces pigmentés. On peut prévoir un pareil envahissement quand, examinant la peau au début, on trouve, dans l'intervalle des taches vulgaires, une multitude de points blancs destinés à atteindre et même à dépasser la dimension d'une lentille.

La maladie dure quelques mois; elle peut se prolonger pendant un an, dix-huit mois; puis la distribution du pigment redevient normale. Ce leucoderma ne se distingue en aucune façon du vitiligo idiopathique, et il est impossible de le qualifier de syphilitique quand on ne retrouve pas les traces d'une éruption papuleuse ou qu'on n'a pas de renseignement sur son évolution. Il ne se modifie pas sous l'influence du traitement spécifique et résiste également aux agents locaux.

L'auteur, étudiant l'anatomie pathologie de l'affection, repousse l'hypothèse de Neisser d'après laquelle l'inflammation roséolique ou exanthématique aurait pour conséquence l'accroissement rapide des cellules du corps de Malpighi et la perturbation des cellules pigmentaires. On ne peut voir, en effet, dans le vitiligo, un processus inflammatoire. D'après lui, il s'agit d'un déplacement, d'une migration des cellules pigmentaires dans l'épaisseur du derme. Il a décrit, en effet, dans les poils, des cellules migratrices spéciales, provenant des gaines vasculaires et chargées d'apporter le pigment aux éléments épidermiques; or, ces cellules se retrouveraient au niveau des plaques de vitiligo, dans les papilles dermiques, à diverses profondeurs, sous forme de masses protoplasmiques granuleuses, jaunes ou brunes, sans noyau, avec des prolongements plus on moins accentués. Quelques unes adhèrent encore à la couche profonde de l'épiderme et envoient leurs prolongements entre les cellules profondes du corps muqueux, dépourvues de pigment. Il y aurait donc, dans le vitiligo, cessation de l'apport normal des corpuscules migrateurs pigmentifères au corps muqueux et dispersion de ces corpuscules dans le derme; d'où décoloration de l'épiderme. L. GALLIARD.

De l'adénopathie rétro-pharyngienne d'origine syphilitique, par DARBOUET (*Thèse de Paris*, 1885).

Verneuil avait signalé (1863) l'adénite rétro-pharyngienne comme manifestation de la syphilis. L'auteur a réuni les rares observations publiées, en y ajoutant deux cas inédits. Cette adénite, exceptionnelle (il n'en existe que neu fcas), se présente à la période secondaire sous forme d'une tuméfaction aphlegmasique, indolente, et qui disparaît sous l'influence du traitement spécifique. L'auteur discute la question du diagnostic avec les gommes et les autres affections qui peuvent donner naissance à des symptômes analogues. A. C.

Ueber therapeutische Verwerthung der localen antisyphilitischen Wirkung des Quecksilbers (Action locale antisyphilitique du mercure), par KÖBNER (*Deutsche med. Woch.*, *n°* 47, 1884).

On considère, en général, que pour guérir les déterminations de la syphilis, il faut mercurialiser le sang, au lieu de se préoccuper de mettre les tissus lésés en contact direct avec les préparations hydrargyriques. Or l'auteur croit à l'utilité du traitement mercuriel local. C'est ainsi qu'il emploie volontiers contre le chancre les lavages avec une solution de formiamide mercuriel à 1 0/0, en même temps que les injections sous-cutanées. De même pour les syphilides ulcéreuses secondaires ou tertiaires. Chez un sujet qui avait des condylomes à la fois au thorax et à l'anus, l'auteur a remarqué que les premiers furent guéris très rapide-

ment par des injections de sublimé faites à leur voisinage, tandis que les lésions anales ne subirent aucune modification. Dans un autre cas, les injections sous-cutanées pratiquées dans un groupe de syphilides papuleuses à l'épaule eurent une influence rapidement favorable sur ces productions, tandis qu'elles n'en exercèrent aucune sur d'autres papules qui siégeaient aux lombes.

De la même façon les frictions n'ont d'effet immédiat sur la roséole papuleuse qu'aux points où elles sont pratiquées. Les adénites et les gommes cutanées bénéficient beaucoup plus vite des applications locales que du traitement général à distance.

Il faut donc, dans tous les cas, employer simultanément dès le début les deux modes de traitement. L. GALLIARD.

Traitement abortif de la syphilis par l'extirpation du chancre et des ganglions inguinaux, par NEUMANN (*Wiener mediz. Blätter*, 1885).

L'auteur a entrepris l'excision du chancre syphilitique dans sept cas et du chancre et des ganglions inguinaux indurés, trois fois, dans le but de faire avorter la syphilis. Dans la plupart des cas il n'a pu opérer que quatre semaines environ après le coït infectant, une fois seulement le 20e jour et une fois le 16e jour; dans toutes ses observations on voit les symptômes secondaires apparaître à une date plus ou moins éloignée. Malgré ces insuccès l'auteur déclare qu'il excisera les chancres toutes les fois que les cas lui paraîtront favorables; il ne se dissimule cependant pas, qu'à cause du temps nécessaire au virus syphilitique pour donner lieu à l'accident primitif, l'opération ne vienne toujours trop tard et que tout l'organisme en soit alors déjà imprégné. M. SCHACHMANN.

La cura della sifilide costituzionale secondo il processo de Smirnoff, par G. SOFFIANTINI (*Broch.*, *Milan* 1885).

Les injections sous-cutanées de calomel, excellentes comme moyen de mercurialisation, ont le grand inconvénient de provoquer souvent des abcès. Scarenzio, qui leur avait déjà reconnu ce désavantage, a constaté qu'on l'évitait sûrement en s'astreignant aux règles posées par Smirnoff. Celui-ci recommande de pratiquer l'injection à 3 centimètres en arrière du grand trochanter et *au-dessous* même de l'aponévrose fessière. Opérant dans ces conditions sur 19 malades, Scarenzio n'a plus vu un seul abcès. Deux injections de 10 centigrammes suffisent pour guérir la syphilis? L'injection ainsi faite n'entraîne généralement pas de fièvre; un seul malade a ressenti pendant quelques jours des douleurs sur le sciatique. H. DANLOS.

Zur localen Wirkung des Calomels bei Syphilis, par P. FÜRBRINGER (*Zeitschrift für klinische Medicin, Band VIII, Heft* 6, *p.* 594-598).

Le calomel constitue pour les condylomes syphilitiques ulcérés, un excellent topique. Son action est bien supérieure à celle des lotions antiseptiques et surtout de la cautérisation. Fürbringer l'a déjà employé chez plus d'un millier de malades et toujours il obtint rapidement la transformation du condylome en papule sèche. Il suivait exactement la méthode indiquée par Labarraque commençant par laver l'ulcération avec une

solution de sel marin avant de la saupoudrer de calomel et répétant ce pansement tous les jours.

C'est à tort que quelques auteurs ont prétendu que ce mode de traitement agissait seulement par les lotions quotidiennes et par l'emploi d'une poudre absorbante. Le calomel possède un pouvoir bien spécial dû à sa transformation partielle en sublimé. Jamais on n'obtient avec les lotions de quelque nature qu'elles soient, avec les poudres d'amidon ou de lycopode, des résultats comparables à ceux que donne le procédé de Labarraque.

La formation d'une certaine quantité de sublimé est du reste facile à démontrer directement. La recherche de ce sel dans l'urine ne peut se faire qu'en opérant sur l'urine rendue dans les vingt-quatre heures, et est assez délicate. Mais en examinant le magma qui recouvre la surface du condylome on y trouve une proportion très notable de sublimé. A vrai dire, le calomel abandonné à l'air subit déjà une modification du même genre, mais la quantité de sublimé ainsi formée est quinze à vingt fois moins considérable que sur les condylomes. L'albumine, les acides qui existent à ce niveau, favorisent probablement la transformation.

Zeissl a modifié le procédé de Labarraque; il remplace la solution de chlorure de sodium par l'eau de chlore. Celle-ci offre l'avantage d'être moins douloureuse et de faire disparaître plus vite la fétidité. La quantité de sublimé formée est d'abord plus considérable que dans le procédé de Labarraque, mais le chlore ne tarde pas à disparaître, et dès lors la transformation devient moins active. L'action produite n'est donc pas finalement plus rapide. Quant à l'emploi direct d'une solution de sublimé il est douloureux et provoque assez facilement la salivation. On n'a plus l'avantage d'avoir une poudre absorbante qui recouvre la surface de l'ulcère. Ce procédé ne mérite donc pas d'être recommandé. DEBOVE.

Das Merkurialserum, neue Präparation für die Behandlung der Syphilis durch Injectionen (Le sérum mercuriel, nouvelle méthode de traitement de la syphilis par les injections), par Max BOCKHART, de Wiesbaden (*Monatshefte für praktische Dermatologie, mai* 1885).

La pratique des injections sous-cutanées de préparations mercurielles est encore très discutée ; à côté de partisans déclarés, elle compte nombre d'adversaires non moins résolus. On lui reproche, à juste titre, de donner lieu à une vive irritation locale et à des douleurs telles que souvent on est obligé d'y renoncer. Unna, au congrès de Copenhague, a émis l'opinion que ces inconvénients seraient écartés si l'on trouvait une préparation n'exerçant aucune action irritante sur les parois des vaisseaux. C'est pour répondre à ce *desideratum* que l'auteur a choisi comme excipient le sérum du sang, et il dit avoir obtenu des résultats très satisfaisants.

Il procède de la manière suivante : Quarante centimètres cubes de sérum de sang préalablement stérilisé suivant le procédé de Koch et filtré sont versés dans un cylindre gradué ; l'albumine de ce sérum est précipitée par une solution de 3 grammes de sublimé dans 30 grammes d'eau distillée que l'on maintient à 50°. Le précipité d'albuminate de mercure ainsi obtenu est ensuite dissous dans vingt grammes d'eau dis-

tillée, additionnée de 7 grammes de sel marin; on a ainsi une solution à 3 0/0 de sérum mercuriel. On y ajoute une quantité d'eau distillée suffisante pour avoir 200 grammes d'une solution qui contient 1 1/2 0/0 de principe actif; un gramme de la solution représente ainsi 0gr,015 de sublimé combiné à l'albumine. Il faut avoir soin de désinfecter avec la solution de sublimé les vases dont on se sert. Les solutions à 3 0/0 et à 1 1/2 0/0 de sérum mercuriel sont jaunâtres et légèrement opalines, elles paraissent troubles à la lumière réfléchie, mais sont complètement claires à la lumière transmise. Leur réaction est neutre. Elles restent intactes si on les conserve au fond et à l'abri de la lumière. Si on les laisse dans un vase ouvert et dans une pièce chauffée, on voit la solution à 1 1/2 0/0 se troubler au bout de quatre semaines, la solution à 3 0/0 au bout de cinq semaines; le sublimé se transforme alors en calomel. L'auteur a pratiqué 505 injections avec ces solutions. Il s'est servi le plus souvent de celle qui contient 1 1/2 0/0 de sérum sublimé; la dose ordinaire était de 70 centigrammes; trois fois, dans un cas de gomme du testicule, il a injecté 1 gramme de la solution à 3 0/0.

Les injections ont été renouvelées tous les jours ou tous les deux jours; il en a fallu de 3 à 5 pour faire disparaître les roséoles, de 8 à 15 pour effacer les syphilides papuleuses et le psoriasis palmaire, de 5 à 12 pour le traitement des papules génitales, anales et buccales.

Avec la solution à 1 1/2 0/0, il n'y a jamais de réaction locale, il ne se produit ni abcès, ni induration. La douleur est nulle, la solution à 3 0/0 est de même bien supportée, mais elle peut donner lieu à un peu de douleur. La plupart des sujets ont eu une salivation toujours modérée.

Le mercure apparaît dans l'urine quarante-huit heures après la première injection, on l'y retrouve onze semaines après la dernière.

Il résulte de ce qui précède que ce sérum mercuriel serait une préparation susceptible de rendre de grands services dans le traitement de la syphilis : il en ferait disparaître rapidement les symptômes, il ne donnerait lieu à aucune irritation locale, ni à aucune douleur; on ne pouvait lui opposer aucune des objections qu'a soulevées jusqu'ici l'emploi de la méthode des injections sous-cutanées dans cette maladie; ce serait là un progrès considérable. (Nous devons dire que nous avons expérimenté à l'hôpital Saint-Louis le traitement préconisé par Bockhart, et que les résultats n'ont nullement répondu à notre attente : les malades ont tous éprouvé des douleurs assez vives pour que nous ayons dû promptement cesser la médication; la formule d'une injection non irritante de sublimé est donc encore à trouver.) H. HALLOPEAU.

Sur la virulence du bubon qui accompagne le chancre mou, par I. STRAUS (*Comptes rendus de la Société de biologie*, 1er *août* 1885).

Contrairement à ce qu'il avait dit d'une façon trop absolue dans une précédente communication, l'auteur reconnaît, d'après de nouvelles expériences, que la virulence du bubon qui accompagne le chancre mou existe; mais elle est tout à fait exceptionnelle. Le pus de 118 bubons a été inoculé au moment même de l'ouverture; 6 inoculations ont été positives, 112 négatives; 60 bubons ont été réinoculés avec du pus prélevé quelques jours après l'ouverture du bubon; sur 60 réinoculations, 5 ont

été positives, 55 négatives. Ces recherches démontrent l'exactitude du fait curieux signalé par Ricord, à savoir que le pus du bubon, non inoculable au moment de l'ouverture, peut le devenir quelques jours après. Straus n'a pu encore découvrir de microbes dans le pus du bubon. F. H.

Beiträge zur Kenntniss der Gonokokken (Contribution à l'étude des gonocoques), par KREIS (*Wiener mediz. Wochenschrift*, 1885).

Cherchant d'abord à obtenir des cultures pures de gonocoques, l'auteur a dû renoncer à la gélatine comme insuffisante et s'assurer que l'agar-agar additionné de peptone de viande à 2 0/0 donnait un excellent terrain d'ensemencement. Les limites de température entre lesquelles les cultures réussissent sont de 30 à 35 degrés; au-dessous et au-dessus de ces chiffres l'agar ne se trouble pas ou les cultures deviennent impuissantes. Il suffit d'une heure à une heure et demie pour qu'une bonne culture exposée à 48-50 degrés perde la force de se développer. Lorsque le terrain de culture contient une proportion d'alcalinité de 1 1/2 à 2 0/0, le développement des gonocoques est entravé. En présence de différents médicaments et solutions antiseptiques, les cultures de gonocoques se comportent très différemment, mais ce sont surtout les solutions de nitrate d'argent à 1/2 0/0, de sublimé à 1 : 10000, de sulfate de cuivre à 1 0/0, de thymol à 1 : 1100, qui empêchent ou arrêtent le développement des gonocoques.

Les inoculations de cultures pures à des lapins (conjonctive intacte et scarifiée, muqueuse rectale scarifiée et oreille) et à un chien (articulation) sont restées sans résultat. M. SCHACHMANN.

De quelques faits relatifs à l'examen histologique et chimique du pus blennorragique, par de SINÉTY et HENNEGUY (*Comptes rendus de la Société de biologie*, 8 août 1885).

Les auteurs ont constaté que dans presque tous les cas d'uréthrite purulente qu'ils ont examinés chez la femme le liquide contenait en plus ou moins grande quantité le gonococcus de Neisser, et présentait presque toujours une réaction légèrement alcaline. Le pus recueilli dans le col utérin ou les glandes vulvo-vaginales, malgré une réaction alcaline très accusée, contient fréquemment des gonococcus. Le liquide blanchâtre de l'urétrorrée, principalement constitué, histologiquement, par des cellules épithéliales, ne présentait presque jamais de gonococci et était toujours acide, dans tous les cas que les auteurs ont observés. Les injections intra-urétrales, avec des solutions antiseptiques répétées chaque jour, ne paraissent agir ni sur la présence, ni sur la multiplication des gonococci.

Ces faits sont en contradiction avec l'opinion émise récemment par Martineau, à savoir que le gonococcus ne se trouvait que dans un liquide acide et qu'il était très rare dans le col utérin. A. C.

De la fréquence des localisations et des reliquats prostatiques dans la blennorragie et de leur rôle dans la blennorrée, par Félix MONTAGNON (*Lyon méd.*, 23 août 1885).

L'auteur appelle l'attention sur la fréquence de l'engorgement pros-

tatique chez les sujets atteints de blennorragie ; en prenant 100 malades (non hémorroïdiens), il a trouvé 70 fois la prostate grosse, et assez souvent sensible au toucher ; en même temps la pression sur la prostate fait sourdre quelques gouttes de liquide louche, muqueux ou purulent. Cet engorgement prostatique peut se montrer dès les premiers jours, quand l'urètre postérieur est atteint par l'inflammation. Les injections faites prématurément ou sans soins favorisent l'apparition de cette complication, qui ne comporte pas d'indication particulière de traitement.

A. CARTAZ.

Ueber die abortive Behandlung der Harnröhrentzündung (Sur le traitement abortif de l'urétrite), par MUNNICH (*Monatsh. für prakt. Dermatol., juin* 1885).

L'auteur a employé la solution de résorcine à 3 0/0. Il a obtenu un résultat favorable dans 67 cas sur 108. 41 malades ont pu être traités le premier jour de l'écoulement, 13 le second jour, 7 le troisième et 6 le quatrième ; les insuccès ont été observés surtout chez des sujets dont l'affection remontait à une date plus éloignée.

Les injections ont été pratiquées toutes les deux heures pendant le jour et deux fois au moins chaque nuit. Les malades doivent boire beaucoup et uriner avant chaque injection. Dans les 67 cas désignés comme favorables, la sécrétion était minime le septième jour et complètement tarie le quatorzième. Une seule fois l'intensité de l'urétrite a nécessité la cessation du traitement.

H. HALLOPEAU.

ALCOOLISME ET PSYCHIATRIE.

I. — Jumping, latah, myriachit, par GILLES DE LA TOURETTE (*Arch. de neur., vol. VIII, p.* 68).

II. — Étude sur une affection nerveuse caractérisée par de l'incoordination motrice accompagnée d'écholalie et de coprolalie (Jumping, latah, myriachit), par LE MÊME (*Ibid., vol. IX, p.* 19 *et* 159).

I et II. — Dans ce travail, l'auteur appelle l'attention sur des états singuliers, observés chez des sujets sains en apparence, et caractérisés par une impressionnabilité extrême du patient, qui, à la moindre excitation, faisait un saut désordonné (*jumping*), répétait à haute voix l'ordre qu'on lui avait transmis, et l'exécutait irrésistiblement. Au lieu du mot jumping, employé aux États-Unis, dans la province du Maine, les Malais emploient le terme *latah*, pour désigner les individus qui paraissent également soumis à la volonté d'autrui, et poussés à l'accomplissement d'actes involontaires, par une sorte de contagion violente. Bien plus, en Sibérie, on a pu constater des cas du même genre, où des gens atteints de *myriachit* sont forcés d'accomplir un acte quelconque, en rapport avec un acte identique exécuté devant eux.

Poursuivant ses recherches, Gilles de la Tourette s'est proposé d'éta-

blir l'existence d'une entité morbide, confondue précédemment avec les autres variétés de chorée, et qui présente une analogie remarquable avec les faits précédents. Dans une première observation, recueillie par Itard et continuée par Charcot, il nous met en présence d'une femme qui avait eu d'abord des contractions spasmodiques localisées aux membres et à la face, et qui plus tard présenta les mêmes troubles dans les muscles qui président à l'émission et à l'articulation des sons ; de sorte que subitement elle se trouvait forcée de pousser des cris et de prononcer des mots obscènes, précisément, disait-elle, parce qu'elle avait peur de les laisser s'échapper, et qu'elle les gardait, à cause de cela, toujours présents à sa mémoire. Quand arrivait l'impulsion violente, elle était incapable de les arrêter, à sa grande honte d'ailleurs. — Dans une seconde observation, il s'agit d'un jeune homme qui présentait des mouvements choréiques localisés tantôt à une région, tantôt à une autre; qui répétait comme un écho les phrases et les mots qu'il entendait prononcer (écholalie), et qui émaillait le tout d'expressions ordurières (coprolalie). Les observations suivantes, formant un total de 9, présentent toutes des caractères analogues, avec de légères variantes dans le détail. De leur ensemble, il résulte qu'au point de vue du diagnostic on peut distinguer trois degrés dans la maladie, suivant que l'individu n'est affecté que d'incoordination motrice, de secousses musculaires, suivant qu'à l'incoordination motrice viennent se joindre des cris inarticulés, suivant enfin qu'à l'incoordination motrice, aux cris inarticulés, se joint l'émission de mots avec écholalie et coprolalie. On voit quelle est l'importance de ces faits en médecine et en psychologie. (Voy. *R. S. M.*, XXV, 283). DESCOURTIS.

Des attaques d'hystérie à forme d'épilepsie partielle (Étude d'une nouvelle variété d'état de mal épileptiforme), par G. BALLET et G. CRESPIN (*Arch. de neur., vol. VIII, p.* 129 *et* 277).

Outre la ressemblance de la première période de l'attaque hystéro-épileptique avec l'attaque d'épilepsie vulgaire, l'hystérie peut, dans certains cas exceptionnels, emprunter aussi le masque de l'attaque de petit mal (absences, vertiges), ou même d'épilepsie partielle (épilepsie jacksonienne, épilepsie par lésion cérébrale). Telle est la thèse que soutiennent Ballet et Crespin. Il est évident que, dans ces cas, l'épilepsie n'existe que dans la forme, mais elle n'en présente pas moins la même physionomie que l'épilepsie partielle. Les accès de fausse épilepsie partielle s'enchaînant les uns dans les autres, peuvent constituer un véritable état de mal épileptiforme. Mais si les grands mouvements, les hallucinations et le délire de l'attaque hystérique font défaut, d'un autre côté il y a des phénomènes qui permettent d'exclure l'idée d'épilepsie partielle vraie ; ce sont l'absence d'hyperthermie et de paralysie, et d'autres caractères propres à l'hystérie : ouverture de la bouche pendant les accès, battements des paupières, mouvements ondulatoires du ventre au début et dans l'intervalle des crises, enfin, et surtout, l'efficacité de la compression ovarienne. DESCOURTIS.

Des délires instantanés, transitoires, consécutifs à des crises épileptiques, au point de vue médico-légal, par MOTET (*Encéphale*, *p.* 19, 1884).

S'inspirant des idées de Lasègue, Motet ne reconnaît pour épilepsie vraie que celle qui est due à une malformation du crâne, produite par une consolidation vicieuse des os, et se traduisant en général par une asymétrie de la face. Une foule d'états épileptoïdes se trouvent ainsi éliminés, et, parmi eux, l'épilepsie traumatique, qu'elle soit ou non sous la dépendance d'une déformation de la voûte cranienne. Cette dernière variété est des plus intéressantes au point de vue médico-légal. Motet en cite deux cas qui avaient été méconnus, et qui tendent à prouver que le traumatisme cérébral peut être la cause de troubles psychiques variés, de nature épileptoïde, et que certains vols, crimes, etc., peuvent avoir été commis ainsi par des malades qui étaient irresponsables. DESCOURTIS.

Grossesse et épilepsie, par R. BÉRAUD (*Encéphale*, *p.* 320, 1884).

Chez la malade qui fait le sujet de cette observation, l'influence de la grossesse sur l'épilepsie fut des plus défavorables. Les attaques et les vertiges s'accrurent, comme nombre et comme intensité. Cependant l'utérus gravide n'a aucunement souffert de ces attaques, et l'accouchement ne s'est pas accompagné d'attaques d'épilepsie ou d'éclampsie. Enfin, la médication bromurée, utile à la mère, n'a pas empêché l'enfant de venir à terme, vivant et bien conformé. DESCOURTIS.

De l'emploi du curare dans le traitement de l'épilepsie, par BOURNEVILLE et BRICON (*Arch. de neur., vol. IX, p.* 43, 201 *et* 319).

Longue série d'observations, qui a permis aux auteurs d'enregistrer des résultats différents de ceux qu'avaient signalés quelques médecins. Sur vingt et un malades, atteints des formes les plus variées de l'épilepsie, les uns adultes, les autres enfants, soumis aux injections sous-cutanées de curare, durant trois, six mois et même davantage, il ne s'en est trouvé qu'un seul qui ait retiré des bénéfices sérieux du traitement. Un autre a été légèrement amélioré. Enfin, chez un troisième, si les accès n'ont pas diminué, on a noté un amendement dans les secousses, accident commun de l'épilepsie. En résumé, disent Bourneville et Bricon, ces résultats sont peu encourageants, et il ne semble pas qu'on doive maintenir le curare sur la liste des médicaments utiles dans le traitement de l'épilepsie. DESCOURTIS.

Notiz ueber Anwendung der Osmiumsäure gegen Epilepsie, par WILDERMUTH (*Berliner klinische Wochens.*, *n°* 23, *p.* 358, 9 *juin* 1884).

Depuis 2 ans, Wildermuth a employé chez 13 épileptiques l'acide osmique anhydre en solution aqueuse, puis son sel de potasse en pilules de 1 milligramme; il n'a pas dépassé la dose quotidienne de 15 milligrammes.

Jusqu'ici il n'a remarqué aucun phénomène physiologique accessoire, notamment aucun trouble gastrique.

Quant aux résultats thérapeutiques, sans être décisifs, ils sont de nature à faire poursuivre les expériences.

Chez 10 de ses malades, tous épileptiques invétérés, Wildermuth a continué le bromure en même temps qu'il administrait l'acide osmique ou l'osmiate de potasse. Sur 7 de ces épileptiques, la médication n'a eu aucune influence.

Sur 2 autres, elle a amené de l'amélioration et alors Wildermuth a diminué progressivement la dose de bromure et fini par le supprimer. Sous l'influence du traitement osmique seul, les accès ont été moins nombreux que si les malades n'avaient pris aucun médicament, mais ils n'ont pas disparu entièrement.

Chez la dernière malade, en revanche, le succès a été inespéré. Il s'agit d'une paysanne de 42 ans, atteinte d'épilepsie depuis la puberté ; depuis 2 ans, en outre, la débilité intellectuelle a fait de tels progrès que la malade est devenue incapable de toute occupation et absolument indifférente à tout et à tous. Les attaques étaient très violentes et très nombreuses : 321 en 1876, 920 en 1881. La médication bromurée, continuée depuis des années à la dose de 6 à 8 grammes par jour, était demeurée infructueuse. En janvier 1882, on commença le traitement osmique, sans dépasser la dose de 5 milligrammes et en réduisant à 2 grammes la quantité de bromure.

Immédiatement, les accès devinrent moins nombreux et moins intenses, et à partir du mois de juillet ils cessèrent entièrement. Voici un tableau indiquant les chiffres mensuels d'attaques pendant les années 1881 et 1882 :

	1881	1882
Janvier	131	48
Février	121	6
Mars	125	
Avril	121	10
Mai	11	2
Juin	9	4
Juillet	17	»
Août	20	»
Septembre	85	»
Octobre	103	»
Novembre	88	»
Décembre	88	»

En même temps que les accès diminuaient, l'état mental se modifiait aussi avantageusement. La femme commença à s'inquiéter des siens, et au lieu d'être la malade la plus incommode du service elle est devenue une aide zélée de l'infirmière. En juin et octobre 1883 seulement, sont reparus quelques accès légers.

Chez 3 autres malades, Wildermuth a recouru immédiatement et uniquement à l'acide osmique, qui a paru avoir un heureux effet pour 2 d'entre eux. J. B.

La famille névropathique, par Ch. FÉRÉ (*Arch. de neur., vol. VII, p.* 1 *et* 173).

Dans cette étude de pathologie générale, Féré passe en revue les différentes manifestations de l'hérédité morbide. Il divise la famille névropathique en deux branches : une branche psychopathique, comprenant les états psychiques morbides et les névroses qui leur sont le plus intimement liées, et une branche névropathique proprement dite, com-

prenant les maladies du système nerveux qui affectent plus particulièrement la sensibilité et le mouvement. — La branche psychopathique est constituée par trois groupes alliés et souvent confondus: les aliénés, les criminels et les géniaux. Quant à la branche névropathique, elle est, en général, intimement unie à la première, et ne peut en être séparée qu'artificiellement. Féré passe ainsi en revue la paralysie agitante, le goitre exophtalmique, la chorée, la maladie de Parkinson, les névralgies, l'asthme, les tics, les convulsions, les spasmes localisés, l'ataxie locomotrice, la sclérose en plaques, etc., et montre que ces maladies sont souvent héréditaires, mais surtout des maladies de famille. Enfin, tous les états de dégénérescence, tels que scrofule, tuberculose, arrêts partiels de développement, arthritisme, se trouvent diversement combinés avec les troubles névropathiques dans certaines familles, de manière que leurs manifestations se transforment ou s'excitent réciproquement.

DESCOURTIS.

Il tempo di reazione negli allucinati acustici paranoici (Le temps de réaction dans les hallucinations auditives dans la folie systématisée), par GUICCIARDI et TANZI (*Rivista sper. di fren e. di med. leg. Fasc. IV*, 1884).

Ces réactions, quand l'attention des aliénés est nettement provoquée, se font avec autant de rapidité que celles des individus sains. Cette vitesse, qui n'est possible que dans certaines conditions, est due probablement à l'activité de la conscience se portant sur l'image à percevoir : mais elle n'exprime pas l'entière manière d'être et d'agir de la conscience. Le manque d'attention des aliénés est indépendant de cet état particulier du centre de perception : il ne dépend pas d'un véritable défaut d'action, mais de la subordination à des excitations réelles ou imaginaires, mais toujours en dehors de celles de l'expérience. C'est chez les aliénés seulement que peuvent être éveillées les sensations imaginaires et les états émotifs de préoccupation, qui n'interviennent pas pour troubler les individus sains.

Cette promptitude de la réaction a donc peu d'importance comme expression de la conservation de l'intelligence ; toutefois, elle confirme l'opinion généralement acceptée, que la folie systématisée ne s'accompagne pas d'une tendance marquée à l'affaiblissement intellectuel.

Cette facilité de réaction concorde avec l'interprétation de l'hallucination qui en fait un acte centrifuge se produisant dans le centre de perception et explique pourquoi l'image hallucinatoire est si souvent modelée sur le contenu du délire, comme une sorte de projection d'une représentation abstraite préexistante. Si l'hallucination paranoïque a plus que celles qui se développent dans les autres psychoses le caractère de la précision et de la richesse des détails, cela peut s'accorder avec la participation, dans la production de l'hallucination, d'une partie des éléments intellectuels et les plus élevés de la conscience, qui donnent plus d'intensité au processus hallucinatoire, en même temps que la stabilité et la complexité. Chez l'aliéné non paranoïque, à l'exception peut-être du lypémaniaque (manie, alcoolisme, paralysie progressive, épilepsie, etc.), l'intervention directe de la conscience fait défaut ; elle est plus ou moins suspendue dans son rôle coopérateur dans l'halluci-

nation, ou dans son rôle rectificateur, comme chez l'homme sain. Chez ces aliénés les hallucinations sont plus incertaines et plus transitoires.

F. BALZER.

On vertigo, par George PARKER (*Brain*, *p.* 514, *janvier* 1885).

L'auteur part de cette conception, que, pour garder l'équilibre normal et la station verticale physiologique, il faut le concours de cinq sens distincts, à savoir : le toucher, la vue, le sens musculaire, peut-être l'ouïe, et, à coup sûr, un cinquième sens qu'il appelle le sens de l'équilibre et qui n'est que la conscience de la situation de nos organes. Ceci fait, il analyse ce qui se produit quand le vertige survient, suivant les diverses circonstances physiologiques ou pathologiques pendant lesquelles il se manifeste. Il arrive à cette conclusion, que le vertige n'est pas la perversion d'une fonction normale, mais qu'il dépend presque toujours de la conscience d'essais disproportionnés pour maintenir l'équilibre. Ce mécanisme intéresse vraisemblablement toujours le cervelet, qui reçoit un ébranlement produit, soit par une impression mentale, soit par une vibration visuelle, labyrinthique, tactile ou musculaire. Il est probable que les canaux demi-circulaires jouent un grand rôle dans l'acte du vertige, mais il y a sans doute d'autres voies d'excitation cérébelleuse, et la théorie de Woakes est trop exclusive. Quant à l'analyse de ce symptôme purement subjectif, elle est fort délicate ; l'auteur croit cependant qu'on peut rattacher toutes les variétés de vertige à deux types : le subjectif, dans lequel la personne elle-même semble se mouvoir (exemple : plaies de tête, lésions cérébelleuses, épilepsie), et l'objectif, qui comprend les vertiges auriculaires et gastriques, ceux produits par des illusions de la vue et du toucher, ou par des troubles de la circulation. H. R.

Contribution à l'étude du sommeil pathologique chez les aliénés, par SEMELAIGNE (*Annales méd. psych.*, 7e *série, t. I, p.* 20).

X..., âgé de 56 ans, avait fait une excursion dans la compagne, par un soleil ardent, au mois de juin 1873. Il fut pris ensuite de céphalalgies, puis de craintes, de terreurs, avec hallucinations et illusions affectant la forme de la lypémanie anxieuse. Cet état s'améliora, mais il y eut plusieurs rechutes, jusqu'au 17 décembre. Il était toujours triste, déprimé, et, à cette date, il se mit au lit pour le garder pendant plus d'une année. Alors son intelligence se voila (cette expression est la sienne), il se nourrit à peine et garda presque continuellement sa main gauche sur les arcades orbitaires, le pouce écarté de l'index et pressant sur le globe de l'œil. Le 23 mai 1875, on se décida à l'interner dans un asile, on fit usage de l'hydrothérapie, et un mois après il allait mieux. Il rentra chez lui, mais retomba presque aussitôt (19 août 1875) dans sa tristesse, son engourdissement, ne parla plus, refusa de manger, garda une immobilité complète, au lit ou dans un fauteuil, et mit de nouveau la main gauche devant ses yeux; la sensibilité était amoindrie, on pouvait remuer les membres mais on éprouvait une certaine résistance; il fut nécessaire de l'alimenter avec la sonde. Pouls 60, température axillaire 36°,7. Pendant la nuit, sommeil différent et quasi normal. Enfin, le 29 mars 1876, il se réveilla presque subitement, sans aucun souvenir de sa période de léthargie. Mais il devait retomber bientôt; et il eût ainsi de nombreuses attaques de sommeil, séparées par de courts intervalles lucides. Le 19 juillet 1883, il succomba après un sommeil de 15 mois, sans que rien ait pu faire prévoir

un dénouement fatal. Dans l'espace de 8 années, il avait dormi 1,698 jours d'un sommeil pathologique. A l'autopsie, on constata des anomalies dans les circonvolutions cérébrales, des adhérences de la pie-mère à la substance corticale, avec ramollissement de cette substance, mais aucune lésion en foyer, ni aucune tumeur. G. DESCOURTIS.

Folie morale ou folie des émotions, par D. HACK TUKE (*Journ. of mental sc.*, *p.* 174, *juillet* 1885).

L'auteur a réuni plusieurs cas de cette forme de folie, imparfaitement connue, qui a reçu les noms différents de manie sans délire, manie raisonnante, diastrephie (perversion), etc. Cette variété d'expression, jointe à la façon imparfaite dont elles rendent la pensée des observateurs, est cause sans doute de la confusion qui règne sur le sujet. Tuke a pensé qu'il fallait surtout s'adresser à la clinique. Pour lui, il résulte de ses observations et de celles qui ont paru dans le même journal, qu'il existe réellement une maladie mentale dans laquelle les symptômes observés portent sur les émotions et sur l'automatisme pur, bien plutôt que sur l'entendement. C'est ce qu'on a appelé la folie morale, bien que les sentiments moraux puissent rester indemnes. — Il y a plusieurs variétés dans cette forme de folie, mais on peut dire, d'une façon générale, que le cerveau se trouve atteint dans ses facultés les plus élevées, dans celles qui président au contrôle moral, aux « sentiments altruistes » de Spencer. Il est permis d'admettre, soit que ces facultés ont été imparfaitement développées dès la naissance, soit qu'après avoir évolué normalement elles ont été frappées d'impuissance, bien que les facultés intellectuelles (dont plusieurs doivent marquer un degré égal du perfectionnement de l'individu) ne soient pas gravement atteintes. En tout cas, le résultat est que l'esprit du malade présente un degré inférieur d'évolution, celui où les émotions et l'automatisme ont un rôle plus considérable qu'à l'état normal. — D'ailleurs il y a une réelle difficulté à faire la part de la folie mormale dans un cas donné. Il faut tenir compte des antécédents de l'individu, de son éducation, du milieu dans lequel il vit, de sa condition sociale; une enquête minutieuse est toujours indispensable.

Une observation du même auteur qui a paru ensuite dans ce journal (octobre 1885), ainsi que d'autres publiées par Percy Smith, ont pour but de montrer la difficulté et l'importance du diagnostic dans des cas donnés. G. DESCOURTIS.

Des analogies entre la folie à deux et le suicide à deux, par J. CHPOLIANSKI (*Thèse de Paris*, 1885).

On est peu d'accord sur ce qu'il faut entendre par folie à deux. Depuis le cas où le même délire se transmet d'un individu à l'autre, jusqu'à celui où il éclate spontanément et en même temps chez les deux sujets, il y a tous les degrés intermédiaires. Faut-il garder ce terme de folie à deux pour telle ou telle forme morbide, à l'exclusion des autres ? Chpolianski ne le croit pas. Aussi dit-il que « la folie à deux est constituée par un délire similaire, absolument identique, s'observant chez deux sujets vivant dans un contact intime et prolongé ». Il fait rentrer dans ce cadre la folie à deux de Lasègue et Falret, celle où un sujet aliéné,

mais relativement intelligent, impose son délire à un autre individu avec lequel il vit en conformité d'idées habituelle. De même, doit y figurer la folie à deux telle que l'a décrite Régis dans sa thèse, c'est-à-dire un état confirmé d'aliénation, caractérisé par un délire partiel, ordinairement délire de persécution, survenant simultanément chez deux individus héréditaires ou prédisposés, vivant dans une intimité prolongée. Une troisième forme est celle décrite par Marandon de Montyel dans laquelle on voit les conceptions délirantes d'un malade adoptées par un héréditaire, candidat à la folie, sans que pour cela elles soient imposées, comme l'entendait Lasègue. Enfin, dans la quatrième forme, on doit ranger cette sorte de folie dans laquelle plusieurs aliénés changent leurs idées délirantes pour celles de l'aliéné le plus intelligent. — Sans prétendre que cette classification soit de tous points irréprochable et définitive, on doit reconnaître qu'elle permet d'apporter un peu d'ordre dans les faits observés. Or, si l'on admet que le suicide ne se produit guère que chez des individus prédisposés ou franchement héréditaires, on doit l'observer dans les mêmes conditions que les autres manifestations de la dégénérescence individuelle. C'est ainsi qu'on pourrait distinguer quatre sortes de suicide à deux : un seul sujet a l'idée du suicide, il l'impose à l'autre (suicide imposé). Deux sujets ont l'idée du suicide en même temps, sous l'influence des mêmes causes occasionnelles (suicide simultané). Deux sujets ont l'idée du suicide, l'un se donne la mort, l'autre ne le fait que par entraînement (suicide communiqué). Enfin plusieurs individus voient leurs idées excentriques tourner au suicide sous l'influence d'un suicide célèbre ou aux époques troublées (suicide par transformation, épidémie suicide). G. DESCOURTIS.

Folie à double forme intermittente précédée d'accès isolés de manie et de mélancolie, et finissant par prendre le type circulaire, par MARTINENQ (*Annales méd. psych.*, 7e *série, t. I, p.* 412).

Cas intéressant, comme évolution de ce genre de psychose périodique. En effet, la maladie n'a pas débuté franchement par la folie à double forme ou par la folie circulaire, ainsi qu'on l'observe souvent. Au contraire, il y eut d'abord des accès alternatifs de manie et de dépression, très éloignés l'un de l'autre, ayant chacun une cause déterminante particulière, paraissant être des accès isolés de folie simple, et entre ces accès se sont placés des intervalles lucides de plusieurs années. Après cette première période qui dura 26 ans (folie périodique à formes alternes), survint une seconde période de 10 ans, pendant laquelle des accès composés d'excitation et de dépression se succédèrent par intermittences, ne laissant entre eux que des intervalles lucides dont la durée allait en décroissant avec le temps (folie à double forme). Peu à peu la durée de l'accès s'accrut, l'intervalle lucide n'exista plus ; ce fut alors la troisième période, période terminale ou de chronicité (folie circulaire). — Martinenq considère que chez l'héréditaire la folie à double forme débute d'une façon brusque et franche, tandis que chez les individus exempts d'hérédité la folie offre d'abord à l'observation une période initiale d'accès, isolés et indépendants, de folie simple : formes alternes ou même semblables. G. DESCOURTIS.

De la folie gémellaire, ou aliénation mentale chez les jumeaux, par B. BALL (*Encéphale*, p. 385, 1884).

Certains jumeaux présentent, au point de vue intellectuel et au point de vue physique, des ressemblances parfois si complètes qu'elles paraîtraient conduire à l'identité. Il en est de même pour ce qui touche à l'organisation intime du système nerveux et aux conséquences physiologiques qui en découlent. En effet, l'on a vu quelquefois, chez des jumeaux, la même maladie éclater avec les mêmes caractères, presque au même instant, et suivre des phases parallèles, sans qu'il fût possible d'invoquer la contagion. En pathologie mentale, il existe aussi quelques cas de ce genre ; c'est la folie gémellaire. Par là, il faut entendre : la simultanéité de l'explosion des accidents ; le parallélisme des conceptions délirantes et des autres troubles psychologiques ; enfin la spontanéité du délire chez chacun des deux individus qui en sont atteints. Ball en cite un exemple personnel, et d'autres, empruntés à différents auteurs. Ces faits constituent l'expression ultime de l'hérédité.

DESCOURTIS.

De la folie de la puberté ou hébéphrénie, par B. BALL (*Encéphale*, p. 1, 1884).

L'hébéphrénie a été décrite d'abord par Hecker et Kahlbaum, mais elle se rapproche beaucoup de la folie précoce, celle qui débute de bonne heure chez certains sujets et surtout chez les pauvres d'esprit ; de sorte que les auteurs ne sont pas d'accord sur la fréquenee de cette maladie. Quoi qu'il en soit, il existe des cas authentiques, dans lesquels l'explosion de la folie se rattache manifestement à l'époque de la puberté. M. Ball en présente un exemple. — C'est de 16 à 20 ans, moment critique de l'évolution individuelle, qui se manifeste en général l'hébéphrénie. Elle frappe surtout les héréditaires, et les filles de préférence aux garçons. Les abus solitaires, une intelligence surchauffée, une contention persistante de l'esprit, une crainte vive, provoquent l'explosion de la maladie. Le début est le plus souvent insidieux, lent et progressif. On voit le sujet en proie à une mélancolie vague ; il a quelques conceptions délirantes, parfois des idées hypochondriaques ou des idées de persécution, mais plus souvent des idées érotiques. On distingue une forme maniaque de la maladie, une forme dépressive et une forme circulaire. Quant au pronostic, il est grave. Le cerveau, incomplètement développé, est incapable de résister à des assauts multipliés, et le sujet verse trop souvent dans la démence. DESCOURTIS.

Perte de la vision mentale dans la mélancolie anxieuse, par COTARD (*Arch. de neur., vol. VII, p.* 289).

Nouvelles considérations sur cet état psychique, propre aux anxieux chroniques, et caractérisé principalement par la négation de l'existence des objets extérieurs ou de la personnalité du malade lui-même. Cette forme nosologique, créée par Cotard, et à laquelle il a donné le nom de délire des négations, peut se compliquer d'impossibilité pour les malades de se représenter les objets absents. Deux d'entre eux, dont il rapporte l'histoire, avaient en effet perdu la possibilité de revoir mentalement les objets ou les personnes qu'ils voulaient se rappeler. En même

temps, leurs facultés intellectuelles et leurs sentiments affectifs avaient éprouvé une déchéance parallèle. L'auteur se demande, à ce sujet, si l'altération des facultés affectives n'est pas en rapport avec l'effacement plus ou moins complet du tableau des représentations subjectives. Ce point de pathologie générale ne manque pas d'intérêt. DESCOURTIS.

Contributo allo studio della temperatura negli alienati, par TAMBROSI (*Rivista sper. di fren e di med. leg.*, 1884 *et* 1885).

La température moyenne des aliénés ne diffère pas de celle des individus sains. La température la plus élevée appartient à la manie, puis en progression descendante à la paralysie progressive, au délire systématisé, à l'épilepsie, imbécillité, idiotie, lypémanie simple, lypémanie pellagreuse, démence et lypémanie stupide. Dans les mêmes maladies, la température de l'homme dépasse celle de la femme. Elle est un peu modifiée par les changements de température : avant midi elle dépasse en général de deux dixièmes et demi de degré la température de l'après-midi. L'excitation produit un peu d'augmentation, la dépression un léger abaissement.

En général, l'accès épileptique détermine immédiatement un abaissement, pendant une demi-heure, puis la température dépasse la normale pendant trois heures environ et se rétablit ensuite. La température s'élève aussi dans les accès épileptiformes et apoplectiformes des paralytiques généraux : cette élévation varie en intensité et en durée.

Dans les maladies fébriles (phtisie, pneumonie, pleuro-pneumonie, bronchite capillaire), la fièvre se comporte comme chez les individus sains, même durée, même intensité, même marche. F. BALZER.

Incurabilité et guérisons tardives en aliénation mentale, par MARANDON DE MONTYEL (*Arch. de neur., vol. VIII, p.* 22).

L'auteur rapporte quatre observations de guérison, au bout de 9 ans, 12 ans, 7 ans et demi, et 7 ans de séjour dans un asile. La première date de 20 ans, la seconde de 4, la troisième de 3, et la dernière a été suivie de la mort au bout de 2 ans. D'après ces faits, il croit pouvoir conclure qu'il n'y a aucun signe scientifique de l'incurabilité d'une maladie mentale, et qu'il serait imprudent de prononcer le divorce contre un aliéné qui pourrait être guéri plus tard. DESCOURTIS.

Contribution à l'étude du délire chronique, par L. BOUCHER (*Arch. de neur., vol. VIII, p.* 173).

L'auteur, s'inspirant des idées de Magnan, a pris soin de montrer que le délire chronique, quel qu'il soit, et quels que soient les états pathologiques qui se greffent sur lui, a une évolution uniforme, caractéristique. Selon lui, il parcourt toujours les mêmes cycles, dans le même ordre, pour aboutir à la démence finale. Ce sont les phases d'inquiétude, puis de persécution, ensuite d'ambition, et finalement de démence. L'hystérie, l'épilepsie, l'alcoolisme, etc., peuvent le compliquer sans en modifier la marche générale. DESCOURTIS.

De la folie consécutive au choléra, par B. BALL (*Encéphale, p.* 30, 1885).

Les cas de folie observés à la suite du choléra, sont jusqu'à présent

rares. Ball en signale cependant plusieurs cas, et, si parfois l'on pouvait invoquer des habitudes alcooliques, d'autres fois ils semblaient manifestement sous la dépendance exclusive du choléra. D'ailleurs il est reconnu que les affections de l'appareil digestif ont une certaine influence sur le développement de l'aliénation mentale, et les lésions cérébrales ou médullaires constatées à l'autopsie des cholériques portent à croire que ces troubles psychologiques sont liés à des lésions organiques.

DESCOURTIS.

De la folie brightique, par DIEULAFOY (*Société médicale des hôpitaux, 22 juillet* 1885).

Dieulafoy a étudié quelques cas où le délire, se manifestant chez des brightiques, acquérait une importance de premier ordre ; où il apparaissait, sinon comme l'unique manifestation du mal de Bright, du moins comme un symptôme tellement dominant, que les autres passeraient inaperçus pour un observateur non prévenu. — Le malade n'a plus les apparences d'un brightique, il a l'air d'un aliéné.

Il cite un cas personnel typique.

Il s'agit d'une femme de 37 ans, qui entre le 14 février dans un état de mutisme absolu, l'œil hagard, la figure hébétée, les doigts contracturés; les urines étaient légèrement albumineuses, l'urée diminuée, la température axillaire à 36 degrés. Pendant 18 jours, cette femme resta dans le même état d'aliénation, tantôt lypémaniaque, tantôt poursuivie par des idées de persécution, tantôt excitée, tantôt anéantie; rapidement d'ailleurs l'albuminurie avait disparu. Peu à peu l'intelligence revint, avec la mémoire de symptômes antérieurs, prurit dorsal, crampes, pollakiurie, polyurie, bourdonnements d'oreilles, vomissements. Après une amélioration notable, survint une crise d'anurie et d'éclampsie rapidement mortelle. — Les reins présentaient des lésions considérables du parenchyme.

Dieulafoy rapporte six autres cas qui montrent les variétés de la folie brightique ; tantôt les allures de la manie aiguë, avec alternances de torpeur, tantôt prédominance des hallucinations de l'ouïe et de la vue, tantôt la lypémanie ou le délire de persécution, rarement la forme érotique et religieuse. Ces variétés peuvent être isolées, alternantes ou combinées. La durée varie de 3 semaines à 8 mois. Le début est brusque ou progressif; et la marche égale ou accidentée.

La pathogénie de la folie urémique est d'ailleurs inconnue. H. LEROUX.

I. — Étude sur les paralysies alcooliques (névrites multiples chez les alcooliques), par William ŒTTINGER (*Thèse de Paris*, 1885).

II. — Alcoholic paralysis, par Henry HUN (*Americ. journ. of med. sc., avril* 1885).

I. — Dans le cours de l'alcoolisme chronique, il peut survenir des accidents paralytiques, localisés surtout aux membres inférieurs et supérieurs, mais principalement aux inférieurs. Leur évolution clinique varie suivant plusieurs types : tantôt ce ne sont que de simples parésies, s'accompagnant parfois d'incoordination motrice, tantôt ce sont des paralysies à évolution lente, chronique; tantôt enfin ce sont des paralysies qui se généralisent assez rapidement et qui empruntent alors le masque d'une affection médullaire aiguë.

Elles s'accompagnent dans la majorité des cas d'atrophie musculaire, de troubles trophiques et vaso-moteurs (altération de la peau, des ongles, escarres, et surtout œdème), de troubles de la sensibilité (douleurs, fourmillements, hyperesthésie, anesthésie, etc. Le réflexe tendineux est aboli.

La paralysie alcoolique se localise habituellement aux membres, respectant la face et les viscères. Grave et fatale dans les formes les plus rapides, le pronostic est plus favorable dans les formes chroniques.

Les lésions, cause de ces désordres, sont des lésions dégénératives des nerfs périphériques (névrite parenchymateuse) respectant la moelle et les racines médullaires.

II. — D'après l'auteur, la paralysie alcoolique constitue une maladie spéciale dont voici les symptômes : à la suite de divers accidents gastriques et cérébraux dus à l'empoisonnement par l'alcool, la maladie s'annonce par des douleurs névralgiques, de la paresthésie des jambes, puis des membres supérieurs, accompagnées d'abord d'hyperesthésie, puis d'anesthésie, dans quelques cas, par du retard dans la conductibilité des impressions douloureuses. Survient alors de la faiblesse musculaire qui aboutit peu à peu à la paralysie, avec atrophie rapide et sensibilité extrême des muscles à la pression ou aux mouvements communiqués. Les troubles sensitifs et moteurs sont symétriques ; la paralysie attaque plus spécialement les muscles extenseurs. On voit aussi un certain degré d'ataxie, avec abolition des réflexes, puis des troubles vaso-moteurs, œdème, congestion. Les désordres cérébraux s'accusent toujours par la perte de la mémoire et du délire passager.

L'ensemble des symptômes ressemble à celui de la névrite multiple. Les lésions consistent probablement en une dégénérescence des fibres nerveuses périphériques et des cellules nerveuses de l'écorce centrale avec congestion chronique ou inflammation de la pie-mère.

Deux observations inédites (Voy. *R. S. M.*, XXV, 272, 274). A. C.

Considérations sur les relations qui existent entre les symptômes psychiques de la paralysie générale et les lésions anatomiques de cette maladie, par CAMUSET (*Annales méd. psych.*, 7e *série*, *t. II*, *p.* 28).

Rien n'est plus variable que la symptomatologie de la paralysie générale et que le siège de ses lésions. Y a-t-il un rapport entre tel symptôme psychique et telle lésion anatomique ? Le fait paraît certain *à priori*, mais on manque de preuves pour l'établir. Pour le moment, il faut reconnaître uniquement qu'il y a un rapport direct, de cause à effet, entre la lésion et la démence, mais la démence seule. Quant au délire, il ne semble pas dépendre directement des lésions connues. Camuset considère donc la paralysie générale comme une démence *sui generis*, accompagnée ordinairement de phénomènes délirants bien caractéristiques, mais qui ne sont que des éléments accessoires, inconstants de l'affection, et qui ont une condition anatomique ignorée, différente de celle de la démence paralytique. G. DESCOURTIS.

Contribution à l'étude des complications viscérales de la paralysie générale, par Albert CARRIER (*Annales méd. psych.*, 7e *série*, *t. I*, *p.* 193).

L'auteur rapporte deux observations de paralysie générale avec com-

plications viscérales et délire mélancolique. Il examine les théories de Bonnet et Poincaré, concernant le rôle qu'ils font jouer à la lésion des ganglions sympathiques, dans la paralysie générale; il cite également l'opinion de Mairet, au sujet de sa localisation spéciale de la démence mélancolique, etc., et finit par conclure que les phénomènes congestifs dans les viscères thoraciques et abdominaux, observés dans le cours de la paralysie générale, sont vraisemblablement dus à l'envahissement, par les lésions corticales, de centres qui sont en rapport avec le système du grand sympathique; que cette lésion rend compte également des troubles généraux de la nutrition et du délire mélancolique ou hypochondriaque; enfin que si les conceptions délirantes mélancoliques doivent être localisées quelque part dans l'écorce cérébrale, ce doit être dans les régions de cette écorce qui sont en rapport avec le système sympathique, région dont l'altération peut faire naître un état de conscience capable de les produire. G. D.

Ein Beitrag zur Kenntniss der Rückenmarkserkrankungen der Paralytiker (Des affections médullaires chez les paralytiques généraux), par J. WAGNER (*Wien. med. Jahrb., Heft III, p.* 369, 1884).

Westphal a avancé que les désordres médullaires sont fréquents dans la paralysie générale, mais les constatations anatomiques manquent encore presque complètement. Voici une intéressante observation de la clinique de Leidesdorf :

Blanchisseuse de 38 ans, admise le 9 janvier 1884. Elle est malade depuis deux ans, d'abord mélancolique, puis ayant des idées de suicide. Depuis une première attaque survenue il y a six mois, elle a des troubles de la parole et du tremblement; seconde attaque il y a deux mois et demi. C'est seulement depuis les premiers jours de janvier qu'elle a cessé de marcher.

Inégalité des pupilles, tremblement de la langue et des lèvres, tremblement des mains; parole inintelligible, faiblesse des jambes, avec contractures, tremblements convulsifs et grande exagération des réflexes. La malade a l'aspect d'une démente.

Le 1er février on constate une paraplégie complète, avec conservation des réflexes. Au bout de quelques jours, apparaît au sacrum une escarre qui s'étend rapidement; puis tous les points saillants se gangrènent.

1er *mars.* — Les réflexes tendineux, précédemment exagérés, sont complètement abolis; il en est de même des réflexes cutanés. Dès qu'on veut faire mouvoir la malade, elle accuse de vives douleurs. Les membres supérieurs, généralement fixés dans la flexion par la raideur des muscles, présentent toujours l'exagération des réflexes notée dès le début. Mort le 1er avril.

Autopsie. — Méninges épaissies, adhérentes sur quelques points. Lobes cérébraux atrophiés; les grandes cellules de l'écorce sont pigmentées et sclérosées.

La moelle offre des lésions multiples; les cordons antérieurs offrent une dégénérescence qui respecte la moelle cervicale. Les cordons latéraux sont dégénérés au contraire dans les trois segments médullaires, mais la lésion se localise dans le faisceau pyramidal, et, à la région cervicale, le faisceau cérébelleux est indemne. Les cordons de Goll sont lésés sur toute leur étendue, mais le processus est plus aigu dans la zone superficielle, au contact des méninges, qu'au voisinage de la commissure postérieure.

La substance grise des segments cervical et dorsal ne présente que quelques cellules ganglionnaires des cornes antérieures envahies par le pigment

ou la sclérose. Dans la moelle lombaire, les altérations cellulaires sont beaucoup plus importantes. Les cellules ganglionnaires des cornes antérieures offrent d'abord un déplacement très marqué de leur noyau qui est refoulé à la périphérie et a une tendance manifeste à s'échapper de la masse protoplasmique; dans quelques-unes le noyau est aplati, on réniforme, ou allongé, quelquefois fusiforme, ou bien il est en voie de segmentation; les nucléoles se multiplient et grossissent, dépassent parfois le bord des noyaux qui les contenaient. Ensuite les cellules sont hypertrophiées, arrondies, en partie privées de leurs prolongements, homogènes et brillantes sans noyaux ou surchargées de pigment jaune, ou encore creusées de vacuoles dont le nombre et la dimension varient.

Dans l'intervalle des cellules ganglionnaires il n'y a pas de lésion appréciable : pas d'accumulation d'éléments arrondis ou fusiformes, pas de corps amyloïdes, pas d'altération des vaisseaux. Il est donc difficile d'expliquer la propagation du processus inflammatoire des faisceaux pyramidaux aux groupes cellulaires de la substance grise.

Les signes cliniques ont permis ici de diagnostiquer d'abord la sclérose des faisceaux latéraux; plus tard sont survenus la paraplégie complète, la perte des réflexes et les troubles trophiques, par lésion de la substance grise. L. GALLIARD.

Contribution à l'étude de l'inégalité de poids des hémisphères cérébraux, dans la folie névrosique et la démence paralytique, par E. MARANDON DE MONTYEL (*Encéphale, p.* 574, 1884).

L'auteur a observé que chez les aliénés névrosiques, contrairement à ce qui se passe à l'état normal, l'hémisphère droit est presque toujours prédominant, et cette prédominance du lobe droit croît avec la durée de la maladie. Au contraire, dans la démence paralytique, le lobe gauche est plus souvent prépondérant, toutefois en proportion inférieure à celle de l'état normal. DESCOURTIS.

Documents statistiques pour servir à l'étude des conditions pathogéniques de la paralysie générale, par J. LUYS (*Encéphale, p.* 683, 1884).

Luys a fait porter ses observations sur 140 paralytiques généraux, appartenant à un milieu relativement élevé de la société. Il en a tiré les conclusions suivantes : l'âge des paralytiques généraux varie de 27 à 61 ans ; la moyenne est de 43 ans pour les hommes, et de 40 ans pour les femmes. — Le sexe présente cette particularité remarquable, qu'il y avait 136 hommes et 4 femmes : cet écart est propre aux asiles privés. — La taille est le plus souvent petite ou moyenne. — La proportion des célibataires est relativement considérable, puisqu'on en compte 42 0/0. — La natalité est diminuée de moitié chez les paralytiques généraux, contrairement à ce qu'ont observé Ball et Régis. — Les descendants, si peu nombreux qu'ils soient, sont mal développés au physique et au moral. — Enfin, chez les ascendants et les collatéraux, on retrouve la même tare, les mêmes anomalies physiques, les mêmes irrégularités dans la conformation intellectuelle et morale, ce qui prouverait que l'individu est dès sa naissance voué à la paralysie générale. DESCOURTIS.

Un cas de paralysie générale à l'âge de 17 ans, par RÉGIS (*Journ. de méd. de Bordeaux,* 19 *juillet* 1885).

Né de parents nerveux et goutteux, L..., âgé de 21 ans, a contracté la

syphilis en nourrice. Vers l'âge de 16 ans, il est subitement atteint d'une chute de la paupière du côté droit, qui est restée persistante. A partir de cette époque, son intelligence commence à baisser, et, l'onanisme aidant, s'affaiblit progressivement de jour en jour. A son entrée à l'hôpital, on constate les symptômes les plus nets d'une paralysie générale à forme démente sans conceptions délirantes proprement dites : affaiblissement marqué de l'intelligence et en particulier de la mémoire; inconscience absolue de son état; embarras considérable de la parole; embarras ataxo-parétique caractéristique, s'accompagnant à chaque émission de mots, de tremblements ataxiques, de véritables soubresauts des lèvres et des muscles de la face; trémulation très nette de la langue; inégalité des pupilles; chute de la paupière supérieure droite; affaiblissement des membres supérieurs et inférieurs; habitudes automatiques et inconscientes d'onanisme, tel est le tableau symptomatique présenté par le malade.

Malgré un traitement antisyphilitique, le gâtisme apparut et fit rapidement des progrès, qui ne s'arrêtèrent qu'un moment sous l'influence d'une médication tonique; mais peu à peu la cachexie s'établit, renforcée par des hémorragies multiples, qui se montrèrent dans les derniers jours.—Pas d'autopsie.

OZENNE.

Des effets physiologiques et thérapeutiques de l'ergotine dans les troubles congestifs de la paralysie générale, par GIRMA (*Encéphale*, *p.* 160, 1884).

La solution d'ergotine (Yvon), employée avec persévérance, à des doses variant de 50 centigrammes à 6 grammes par jour, combat l'hyperémie cérébrale et divers troubles fonctionnels qui paraissent en être la conséquence directe (excitation, délire violent, embarras de la parole, insomnie) Elle peut enrayer la marche de la maladie au début, en diminuant la congestion; prévenir ou tout au moins atténuer les attaques; enfin elle n'a qu'une influence favorable sur les fonctions digestives, et peut être employée pendant plusieurs mois, sans provoquer les phénomènes graves de l'ergotisme. DESCOURTIS.

Des injections hypodermiques d'ergotine dans le traitement des attaques congestives de la paralysie générale, par G. DESCOURTIS (*Encéphale*, *p.* 301, 1885).

Dans les cas de congestion, où il est indiqué d'intervenir d'une façon rapide et énergique, les injections sous-cutanées d'ergotine rendent des services signalés, d'autant plus que l'absorption est certaine, et que l'on peut se passer de l'acquiescement du malade. L'ergotine, employée en solution, est celle d'Yvon, et les injections doivent être faites au milieu du tissu cellulaire. De la sorte, il n'y a jamais eu d'accident général ni local, malgré les doses relativement considérables de 6, 8 et 10 grammes de la solution, injectées en 24 heures. Des séries d'attaques épileptiformes ont pu être maîtrisées au bout de quelques heures par ce procédé; d'autres fois, une ou deux injections, pratiquées à temps, ont fait avorter les accidents congestifs. — Un certain nombre d'exemples ont pour but de démontrer l'efficacité de cette méthode. G. D.

I. — Étude sur le système nerveux d'une idiote, par HERVOUET (*Archives de physiologie*, 15 *août* 1884).

II. — Cerveau d'idiote, par JENSEN (*Berliner klinische Wochenschrift*, *n°* 25, *p.* 398, 23 *juin* 1884).

I. — Il s'agit d'une idiote qui mourut dans le marasme à trois ans et demi. A l'autopsie l'on trouva, outre de la méningo-encéphalite, un cerveau atrophié,

des circonvolutions amincies, simplifiées et anormalement disposées. Ces lésions étaient beaucoup plus marquées à gauche qu'à droite. La moitié droite de la moelle était moins large que la gauche, et la corne antérieure droite moins développée que l'autre. Au microscope l'on put reconnaître que le faisceau de Turck était atrophié du côté droit, et que les faisceaux de Goll ainsi que les faisceaux pyramidaux croisés étaient arrêtés dans leur développement.

A. GILBERT.

II.—Idiote morte à l'âge de 35 ans après avoir eu des attaques d'épilepsie depuis sa puberté. Parole difficile et rappelant le langage inachevé des enfants. Diminution des sensations douloureuses; incapacité de s'habiller seule.

Le crâne d'une capacité de 1,140 centimètres cubes était peu au-dessous de la moyenne indiquée par Weissbach pour les femmes. Saillies des insertions musculaires très marquées. Canal carotidien droit rétréci.

Le cerveau, dans sa totalité, pesait 989 grammes. L'anomalie principale consistait dans le faible développement des sillons, surtout à la partie latérale des lobes frontaux. Le sillon frontal inférieur et la branche antérieure de la scissure de Sylvius faisaient complètement défaut des deux côtés. Les insulas n'étaient délimitées que du côté des lobes temporaux. L'opercule ne s'était pas développé.

J. B.

PATHOLOGIE EXTERNE ET THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

I. — Die antiseptische Wundbehandlung mit Sublimat (Du pansement au sublimé), par Max SCHEDE (*Samml. klin. Vorträge*, *n°* 251).

II. — Ueber einige Modificationen des antiseptischen Wundbehandlung (Quelques modifications aux pansements antiseptiques), par MIKULICZ (*Berl. klin. Woch.*, 2 *juin* 1884).

III. — Ueber die Anwendung des Sublimats zur permanenten Irrigation, par A. FREUDENBERG (*Ibid.*, *p.* 339).

IV. — Ein Wort gegen die jezt übliche Art der Anwendung des Sublimats in der Geburtshülfe (Un mot contre le mode d'emploi actuel du sublimé dans les accouchements), par W. THORN (*Samml. klin. Vorträge*, *n°* 250).

V. — Zur Sublimatfrage (La question du sublimè), par H. KELLER (*Arch. f. Gynæk.*, *Band XXVI*, *Heft* 1).

VI. — *Idem*, **par TAENZER** (*Cent. f. Gynæk.*, *n°* 31, 1884).

VII. — Ueber Ursache und Verhütung der Sublimat-Vergiftung (Etiologie et prophylaxie de l'intoxication mercurielle par les irrigations vaginales), par Otto von HERFF (*Arch. f. Gynæk.*, *Band XXV*, *Heft* 3).

VIII. — Ueber toxische Enteritis in Gefolge der Sublimat Wundbehandlung, par E. FRAENKEL (*Arch. f. path. Anat. XCIX*, *p.* 276).

IX. — Zur Anwendung des Sublimats bei der Laparotomie, par KRUKENBERG et RIBBERT (*Cent. f. Gynæk.*, *n°* 21, 1885).

X. — Ueber die Resultate der Wundverbände mit Zucker (Pansement au sucre; méthode de traitement des plaies à Strasbourg), par F. FISCHER (*Deuts. Zeit. f. Chir.*, *Band XXII*, *Heft* 3 *et* 4).

XI. — Dry wound dressing, with a note on paper-wool, a new dressing material (Pansement sec avec le papier), par G.-R. FOWLER (*New York med. journ.*, 9 *mai* 1885).

XII. — Note sur un nouveau pansement antiseptique simplifié par BEDOIN (*Revue d'hyg.*, 20 *août* 1885).

I. — Quand Schede fut appelé à diriger le service de chirurgie à l'hôpital de Hambourg, il fut fort étonné de ne plus arriver aux mêmes résultats qu'à Berlin tout en employant le pansement de Lister et en usant des mêmes précautions. L'encombrement qui existe dans ce service, le manque d'air et d'espace, le voisinage de salles où se trouvent des malades atteints de maladies infectieuses, un personnel d'infirmiers, mal au courant, peu fidèle, malpropre; toutes ces circonstances qui ne pouvaient être modifiées de suite, lui firent trouver les raisons de ses insuccès.

L'auteur essaya d'abord quelques autres antiseptiques et puis l'iodoforme qui alors était en grande vogue. Mais l'iodoforme ne donna pas ce qu'on espérait. L'auteur obtint de véritables succès avec cet agent, mais non pas les résultats qu'il souhaitait. Sans parler même des accidents toxiques provoqués par l'iodoforme, ce médicament fut incapable, plus encore que le pansement de Lister, d'empêcher la production de la septicémie, de l'érysipèle et de la pyémie. L'érysipèle surtout devint plus fréquent et plus malin, presque toujours il se termina par des embolies pyémiques. En cinq ans, à Berlin, sur 10,000 malades l'auteur observa seulement 26 cas d'érysipèle avec 2 morts ; et à Hambourg, en 1880, 11 cas avec 3 morts ; mais dans le 1er semestre 1881 où l'on commença à employer l'iodoforme, il y eut 11 cas avec 2 morts; de juillet à décembre où l'iodoforme fut presque exclusivement employé, 23 cas donnant 9 morts et en janvier 1882 où l'on usa presque exclusivement de la gaze iodoformée, sur 5 cas il y eut 4 morts, ainsi en 13 mois, 39 érysipèles avec 15 décès.

C'est alors que l'auteur eut recours au sublimé. L'érysipèle disparut le jour où cet agent remplaça l'iodoforme ; il y a 2 ans 1/2 que l'auteur emploie ce mode de pansement; il trouve que c'est le meilleur agent de désinfection, celui aussi qui procure la guérison la plus rapide, la plus parfaite des plaies.

Voici quelle est sa manière de procéder : il emploie deux solutions, au 1/1000e et au 1/5000e. La première sert à la désinfection des mains, de la peau du malade, des éponges, des drains et de toutes les plaies accidentelles et qui ont été produites de l'extérieur à l'intérieur; la deuxième sert à arroser les plaies opératoires faites dans des tissus sains. Lorsque l'on opère dans des tissus qu'on ne croit pas absolument sains, l'on arrose de temps à autre avec la solution forte. Du reste, en général, la solution forte est bien supportée; cependant quand on l'emploie pour arroser de vastes surfaces saignantes, les accidents d'intoxication ne sont pas rares.

Pour faire le pansement on se sert presque exclusivement de mousse de tourbe, substance qui paraît préférable à la ouate de bois, préalablement plongée pendant quelques heures dans une solution du sublimé à 1/500 ; tandis qu'elle est humide encore on en fait des coussins de 2 centimètres d'épaisseur enveloppés de gaze sublimée. Ces coussins de diverses dimensions sont enveloppés de papier parchemin et conservés dans des caisses de bois dont les parois sont recouvertes de

verre. On prépare la gaze et la ouate sublimées en immergeant les substances dans le mélange suivant : Sublimé, 1 partie ; eau, 1 gramme ; glycérine 10 ; on exprime, on sèche pendant une heure et on conserve par le même procédé que les coussins de mousse. La ouate ou la laine de verre jouent un grand rôle dans le mode de pansement de l'auteur. On les conserve dans une solution de sublimé à 1 0/0, on les tire au moment de s'en servir seulement.

Le catgut accroché sur des rouleaux est plongé pendant 6 à 12 heures dans une solution de sublimé à 1/1000e ; puis on le place dans de l'alcool absolu. Douze heures plus tard on peut l'employer. On le conserve également dans de l'alcool absolu et non dans une solution de sublimé. L'auteur dit se trouver fort bien de ce mode de préparation. La résorption du catgut est terminée au bout de 3 à 4 jours au plus tôt, de 2 à 3 semaines au plus tard. Cependant l'auteur emploie dans quelques cas la soie et les fils métalliques.

Voici maintenant comment on applique le pansement. Après avoir bien vidé la plaie en exerçant une certaine pression à l'aide de grosses éponges, on applique sur la surface de réunion une légère couche de laine de verre et en plus de petits coussins de mousse qui ont pour but de combler les inégalités et de maintenir en contact les parties qui doivent se réunir. On les fixe par des bandes de gaze sublimée, au besoin on fixe chaque coussinet isolément ; par-dessus l'on applique un grand coussin qui recouvre le tout, on fixe le tout avec une bande de gaze simple et enfin avec une bande de gaze apprêtée et humide.

Quant aux plaies ouvertes, on les bourre de gaze sublimée, ou bien on les recouvre de quelques couches de gaze et puis de coussinets de mousse.

L'auteur n'emploie aucun tissu imperméable ; de cette manière on n'empêche ni l'évaporation rapide des liquides sécrétés, ni la perspiration cutanée, la réunion par première intention est plus sûre et plus rapide, et les chances d'infection moins grandes. — L'auteur se loue surtout de l'emploi de la laine de verre pour recouvrir les plaies suturées ; grâce à la capillarité de ce produit les liquides sécrétés sont rapidement entraînés dans la mousse où ils s'évaporent. Il se forme alors par-dessus la plaie une croûte imperméable, la guérison se fait sans la moindre réaction et par première intention.

Les drains employés sont en gomme, quelquefois on y ajoute des tresses de verre que l'on fait pénétrer dans les anfractuosités de la plaie et qui assurent l'écoulement des liquides.

Les plaies traitées de cette manière guérissent, en général, sans aucune réaction locale et presque toujours sans réaction générale.

Le sublimé est-il supérieur aux autres antiseptiques dans le traitement des maladies infectieuses des plaies, et les chances d'intoxication par des solutions assez fortes contrebalancent-elles les avantages que l'on peut retirer de son usage, voilà des questions que l'expérience seule pourra résoudre. L'auteur affirme :

1° Qu'un lavage unique avec la solution à 1/1000e de vastes plaies, même le lavage de la plaie après l'opération de l'empyème, etc., offre moins de dangers d'intoxication que la même opération faite avec des solutions phéniquées à 5 0/0 et même à 3 0/0. Et cela surtout chez les enfants.

2° Des plaies sérieusement infectées, la diphtérie des plaies, la gangrène des hôpitaux peuvent quelquefois être traitées, avec avantage, avec de fortes solutions de sublimé. L'auteur en cite des exemples.

3° L'auteur emploie souvent aussi des compresses imbibées d'une solution au millième que l'on change 1 à 2 fois par jour, il s'en sert surtout pour le pansement des plaies sales, infectieuses, enflammées et des plaies contuses, et, à son avis, avec beaucoup d'avantage.

L'emploi du sublimé à l'extérieur expose à des accidents locaux et à des accidents généraux. Les premiers sont assez fréquents chez les personnes qui sont forcés de tremper longtemps leurs mains dans des solutions de sublimé. Il se produit une abondante exfoliation de l'épiderme, des crevasses, quelquefois, mais rarement, des éruptions généralisées. Un des assistants de Schede a dû cesser absolument d'employer le sublimé pour les pansements.

Chez les blessés les accidents locaux dus au sublimé sont très rares et en général peu intenses. L'auteur n'en a rencontré que quatre; il se développe sous le pansement une sensation de brûlure intense, et puis une rougeur scarlatiniforme, qu'il est absolument impossible de distinguer de celle de la scarlatine vraie et qui peut aussi envahir tout le corps. Bien plus, il se fait, après, une desquamation cutanée comme dans la scarlatine.

Les accidents généraux sont bien plus importants. Il fallait s'attendre à quelques salivations, quelques diarrhées. Aujourd'hui, après avoir employé le sublimé pendant 30 mois, l'auteur affirme qu'avec son expérience personnelle et celle d'autres auteurs il suffira de très petites précautions pour empêcher le pansement par le sublimé d'offrir de grands dangers. Chaque fois qu'il a eu des accidents sérieux et il en cite des observations détaillées, on a irrigué la plaie pendant un temps trop long avec des solutions trop fortes.

Il fait remarquer encore que souvent il s'agissait de plaies, de phlegmons, d'érysipèles septiques; qu'à l'autopsie on trouvait des ulcérations intestinales analogues à celles produites par l'empoisonnement par le mercure, mais que ces mêmes ulcérations et les mêmes signes cliniques ont été observés dans des cas où l'on n'avait pas employé le sublimé pour le pansement.

Les cas les plus nombreux et les plus graves d'intoxication mercurielle ont été observés dans les services de gynécologie.

Suit une statistique fort intéressante : sur 1286 plaies ou traumatismes, il y a eu 64 morts ; une seule imputable à la toxicité du pansement. Sur ce total de blessures, on compte 91 grandes amputations (6 désarticulations de la hanche) 117 résections, 81 ostéotomies, 17 fractures compliquées du crâne, 84 kélotomies, 25 ovariotomies, 8 hystérectomies, 3 néphrectomies, 8 résections de l'intestin, etc. EDELMANN.

II. — A propos du sublimé, Mikulicz soutient que pour qu'il ait une action désinfectante, il faut l'employer à doses bien plus concentrées que ne l'a indiqué Koch. En outre, au contact des plaies, il perd des effets désinfectants, parce qu'il contracte avec leurs sécrétions une combinaison chimique et coagule l'albumine.

Pour évaluer les propriétés antiseptiques du sublimé, Mikulicz a mélangé à du sérum sanguin des liqueurs au dix millième, au deux millième, au

millième et au quatre centième. Seule cette dernière a complètement empêché le développement des bactéries. Ces résultats concordent avec les expériences de Schill et Fischer qui n'ont pas réussi à désinfecter au bout de 24 heures, des crachats de tuberculeux mis en contact avec une solution de sublimé au cinq centième, tandis qu'ils avaient obtenu ce résultat avec une solution phéniquée à 5 0/0. Mikulicz en conclut qu'il y a lieu de conserver l'emploi de l'acide phénique, pour le pansement des plaies, en réservant le sublimé par la désinfection des mains, des instruments et des parties sexuelles.

Dans ces derniers temps, Mikulicz a imaginé un mode de pansement à la fois simple et peu coûteux. On malaxe ensemble de la sciure de bois et 30 0/0 de goudron; puis lorsque le mélange est intime, on l'introduit dans des sachets qu'on applique sur les plaies.

III. — Freudenberg publie deux observations de plaies des membres montrant que sans crainte d'hydrargyrisme, on peut pratiquer pendant plus de 3 semaines l'irrigation continue avec une solution de sublimé au cinq millième. J. B.

IV. — Le sublimé, dans ces derniers temps, a joui comme antiseptique d'une faveur extraordinaire parmi les chirurgiens et les gynécologistes. Pour l'auteur cette faveur est fort exagérée, et il faut en rabattre beaucoup. Du 28 octobre 1883 au 28 octobre 1884 cet antiseptique a été employé exclusivement dans la clinique obstétricale de Halle, du 1er novembre 1883 au 1er novembre 1884 presque exclusivement dans la policlinique soit comme moyen de désinfection prophylactique, soit comme moyen de désinfection directe en lavages, injections intra-vaginales ou utérines et lavages des mains des accoucheurs ou sages-femmes.

On traita par les lavages au sublimé 218 femmes à la clinique, 326 à la policlinique; 111 autres femmes de la policlinique furent traitées par les injections phéniquées.

La mortalité avec le sublimé fut à la clinique de 0,9 0/0, à la policlinique de 0, 3 0/0 et avec l'acide phénique de 1,8 0/0.

On pourrait conclure de là que le sublimé est le meilleur de tous les désinfectants. Pour l'auteur, cette conclusion serait absolument fausse. D'abord, les éléments de la statistique ne sont pas aussi nombreux pour le sublimé que pour l'acide phénique, les essais n'ont été faits que pendant une année, ceux avec l'acide phénique pendant plusieurs. Il faut tenir compte aussi de la gravité des cas, du nombre et de la gravité des opérations. Or, toutes les comparaisons que l'on a établies entre l'acide phénique et le sublimé, ne s'occupent pas de toutes ces circonstances.

Le sublimé peut avoir quelques avantages comme moyen prophylactique, mais dans la septicémie puerpérale il n'a pas donné de meilleurs résultats que l'acide phénique. Son emploi a été quelquefois suivi d'accidents subits tels que ceux que l'on observe parfois avec l'acide phénique, même de l'acide salicylique.

De plus, l'usage du sublimé exigerait que l'on ne se serve plus que d'instruments en verre, ce qui paraîtrait sans doute difficile.

Enfin, le sublimé est un agent excessivement dangereux et comme tel il doit être éliminé des cliniques obstétricales, du moins tel que l'on s'en sert à présent. Le traitement des plaies ordinaires par le sublimé expose

déjà à de grands dangers. Mais l'accoucheur a à traiter des plaies d'une nature tout à fait spéciale et douées d'une toute autre vitalité que les plaies chirurgicales. L'organisme des femme se n couches se trouve dans les conditions les plus favorables pour que le sublimé puisse agir d'une façon toxique. La surface d'insertion du placenta, toutes les petites plaies de l'utérus, du vagin ont un pouvoir d'absorption des plus puissants.

En résumé, l'auteur conseille de ne plus employer le sublimé en injection dans le vagin et dans l'utérus ni pendant ni après l'accouchement. Il faut en revenir aux solutions d'acide phénique dont on se servait auparavant. D'un autre côté, le sublimé peut être considéré comme l'antiseptique le plus sûr et le meilleur pour désinfecter les parties génitales externes, les instruments quand cela est possible, les personnes qui pratiquent le toucher et celles qui opèrent. EDELMANN.

V. — Du 10 janvier 1884 au 10 janvier 1885, le sublimé a été employé à l'exclusion de tout autre désinfectant à la clinique de Berne. Pendant cette année, 373 femmes ont été admises à la clinique. Toutes ont reçu des injections vaginales à 1/2 0/0 : 53 ont reçu en outre une injection intra-utérine après l'accouchement; et 3 ont reçu pendant les suites de couches une injection intra-utérine à 1 0/0. Pendant tout ce temps, il n'y a pas eu un seul cas grave d'infection : l'auteur reconnaît toutefois que dans quelques cas où la fièvre s'est élevée au-dessus de 39°, le point de départ ne pouvait être cherché ailleurs que dans les organes génitaux. Au point de vue de l'intoxication mercurielle, il n'y a eu que deux cas de stomatite avec légère salivation. Dans un 3e cas où l'on avait constaté de la gingivite, la présence de caries dentaires avancées devait plutôt être incriminée que l'emploi du mercure. Il n'y a pas eu de diarrhée sanglante, mais dans un cas une diarrhée séreuse fétide qui a duré plusieurs jours. Deux cas de collapsus ont été observés; mais dans les deux cas le mercure était hors de cause : dans le premier cas le collapsus résultait d'une forte hémorragie; dans le 2e cas, il s'agissait d'une asthmatique. Dans aucun cas, on n'a constaté de températures au dessous de la normale.

L'auteur a recherché la présence du mercure dans l'urine des accouchées. Ces recherches ont été faites d'après les procédés de Ludwig et de Fürbringer, modifiés par Paschkis. 12 fois sur 26, le mercure a été reconnu soit en nature à l'état de globules (1 cas), soit à l'état de combinaison avec l'iode. Sur 16 cas d'injections intra-utérines, dans lesquels les urines ont été examinées, 11 fois le mercure a été retrouvé dans les urines, le 12e cas positif a trait à une femme qui n'avait reçu que des injections vaginales. L'examen microscopique n'a été fait que deux fois. Dans les deux cas, on a constaté des signes certains de cystite et de néphrite. Dans presque tous les cas où les urines contenaient du mercure, elles contenaient en même temps de l'albumine.

L'auteur conclut de ces recherches qu'il y a réellement absorption du mercure à la suite des injections vaginales ou utérines à 1/2 ou 1 0/0, que le sublimé est un désinfectant très sûr, mais non inoffensif : c'est un poison énergique, on peut toutefois l'employer sans danger, si l'on a soin de prendre les précautions *nécessaires*. H. DE BRINON.

VI. — Les observations de l'auteur ont porté sur 624 cas, pour lesquels la solution au 1/1000e a toujours été employée. Chez les femmes

seulement il a observé des symptômes d'intoxication, symptômes qui n'ont pas eu de suite fâcheuse. Le sublimé paraît être surtout dangereux en injections intra-utérines ; mais en y procédant avec prudence et surtout en comprimant l'utérus de façon à empêcher la stagnation dans la cavité utérine du liquide injecté on évitera tout danger. BERTHOD.

VII. — L'emploi du sublimé en injections vaginales et intra-utérines chez les accouchées a déjà donné lieu à un certain nombre d'intoxications. 13 cas graves dont 4 suivis de mort avaient été publiés en Allemagne jusqu'à novembre 1884. Quelles sont les conditions qui favorisent l'intoxication? quels sont les moyens à prendre pour l'éviter? C'est ce que l'auteur cherche à établir en analysant les observations publiées.

Si l'on excepte 2 cas dans lesquels l'intoxication par le sublimé ne paraît pas avoir été la seule cause des accidents et 2 autres cas, dans lesquels l'apparition des accidents toxiques pendant l'injection montre qu'il y a eu absorption directe par la voie vasculaire ou par le péritoine; il reste 9 cas (dont 2 mortels) dans lesquels l'absorption n'a pu se produire que par la muqueuse des voies génitales. Or, pour que la solution mercurielle puisse être résorbée par la muqueuse intacte, il faut qu'elle soit retenue pendant un certain temps au contact de la muqueuse. Cette rétention ne peut avoir lieu dans la matrice à l'état normal; car, sous l'influence de l'excitation produite par l'injection, cet organe se contracte et expulse lui-même tout le contenu de sa cavité ; ce n'est que dans les cas d'atonie qu'il pourrait y avoir rétention du liquide d'injection. Il n'en est pas de même du vagin qui sous l'influence des muscles du périnée peut opposer à l'écoulement du liquide un empêchement absolu. L'auteur a pu constater à différentes reprises, pendant le cours d'injections vaginales, que le liquide s'accumulait dans le vagin et le dilatait et qu'il fallait employer une certaine force pour maintenir l'écoulement libre, soit avec le doigt, soit avec le spéculum.

En cas d'accouchement normal, les injections vaginales ou intra-utérines sont complètement inutiles. Lorsqu'il y a danger d'infection, les injections doivent être faites avec une solution au 1/5000e ou au 1/3000e. Il en est de même pendant les suites de couches. La solution au 1/1000e ne doit être employée que dans le cas d'indication urgente, par exemple dans les cas d'infection septique grave. La quantité de liquide injecté ne doit pas dépasser 1 à 2 litres ; il est complètement inutile d'aller jusqu'à 5 ou 6 litres. La pression ne doit pas dépasser 2/3 de mètre.

Les solutions de sublimé ne doivent pas être employées lorsqu'il y a atonie ou blessures de l'utérus; il en est de même chez les femmes anémiques ou atteintes de lésions néphrétiques, ou ayant subi précédemment des cures mercurielles.

En présence des dangers que présentent les solutions de sublimé, il y aurait lieu d'essayer l'eau chlorée, dont le pouvoir désinfectant est aussi élevé, et qui, déjà, a donné de bons résultats en chirurgie.

H. DE BRINON.

VIII. — Dans l'espace de trente mois, E. Fraenkel a rencontré les lésions intestinales, imputables à un empoisonnement par le sublimé employé pour la désinfection des plaies, à l'autopsie de quatorze sujets morts dans le service du professeur Schede (de Hambourg). Deux fois, l'empoisonnement par le sublimé paraissait avoir été la cause de la

mort. Chez ces quatorze sujets qui ont servi aux recherches de Fraenkel, et dont deux étaient des enfants en bas âge et huit autres des personnes âgées de 40 à 81 ans, l'état général était mauvais; c'étaient, pour la plupart, des individus amaigris, plus ou moins cachectiques, les autres présentant une surcharge graisseuse à laquelle participait le cœur. Il fait ressortir les caractères particuliers qu'offre cette intoxication hydrargirique consécutive à l'absorption du sublimé à la surface d'une plaie ou d'une séreuse. Contrairement à ce qui a lieu quand le mercure est introduit dans l'organisme par les voies endermique et hypodermique ou par le tube digestif, la salivation fait presque toujours défaut, et, quand elle se montre, c'est toujours très tardivement. Il semble que l'action délétère du toxique se localise sur la dernière portion du tube digestif, en donnant lieu à une entérite diphtériforme du gros intestin, qui s'accuse, du vivant du sujet, par du ténesme anal, des coliques, une diarrhée sanguinolente. A l'autopsie, cette entérite se présente avec les caractères suivants : ou bien la muqueuse est frappée de nécrose superficielle, par plaques occupant une étendue plus ou moins grande ; ou bien elle est recouverte d'un exsudat diphtéritique, qui infiltre les couches sous-jacentes, et qui est disposé par îlots, au niveau desquels la muqueuse est d'un rouge jaunâtre. En se détachant, cet exsudat met à nu des pertes de substance à bords sinueux, quelquefois comme découpés à l'emporte-pièce. Le fond de ces ulcérations est tantôt rouge, tantôt d'un gris sale. Les ulcérations profondes sont relativement rares. Cependant des altérations considérables peuvent se faire en un espace de temps relativement court; ainsi, dans un cas où l'autopsie du patient fut pratiquée vingt-quatre heures après une laparotomie pour laquelle on avait eu recours au sublimé comme agent d'antisepsie, les couches les plus superficielles de la muqueuse du gros intestin étaient nécrosées sur une longueur de 24 centimètres. C'est dans le rectum que cette entérite diphtéroïde atteint sa plus grande intensité. Il est rare (4 fois sur 24) qu'en remontant elle dépasse la valvule de Bauhin. Au-dessous, et tout à l'entour des plaques d'exsudat et de nécrose, la muqueuse est fortement hyperémiée et sa turgescence lui communique parfois une grande rigidité. E. RICKLIN.

IX. — Krukenberg et Ribbert publient trois observations d'ovariotomie, suivie de mort, pour lesquelles on est tenté d'incriminer le pansement au sublimé. Les trois malades sont mortes dans le collapsus au 8e, 9e et 13e jour sans que l'autopsie permît d'assigner une cause à cet état insolite. L'intestin ne présentait pas les lésions signalées par Fraenkel. Krukenberg et Ribbert dressent à ce propos la statistique des cas de mort par suite de pansement au sublimé; ils en comptent 8 (les 2 de Fraenkel n'en font pas partie), 1 de Stadfeldt, de Lomer, 1 de Winter, 1 de Woeths (*Cent. f. Gynaekol.*, n°s 13, 14, 28 et 31, 1884), 2 de Thorn (voy. plus haut), 2 de Mikuliez (*Arch. f. klin. Chir.*, XXXI). A. C.

X. — Depuis le mois d'avril 1883, le sublimé a remplacé l'acide phénique à la clinique chirurgicale de Strasbourg pour désinfecter les plaies. Le sublimé est employé à la dose de 1 0/0. Les enfants le supportent très bien, mieux que l'acide phénique, mais à dose très faible; chez les adultes, par contre, il présente très souvent des inconvénients, stomatites, diarrhées sanguinolentes; une fois l'on observa une néphrite hémorragique. La plus grande réserve dans l'emploi du sublimé est com-

mandée pour le pansement des plaies anfractueuses (empyème) et dans les cas de néphrite. Dans ces cas, Lücke emploie une forte solution de permanganate de potasse.

Chez les adultes, après l'emploi de grandes quantités de sublimé, on a observé à cette clinique une modification de l'urine non décrite encore. Deux jours après l'opération, l'urine présente une coloration rouge particulière, elle est un peu fluorescente et légèrement trouble; sa quantité n'est pas diminuée, son poids spécifique est un peu plus élevé. L'urine conserve le même aspect pendant trois jours, peu à peu seulement elle reprend sa coloration normale, habituellement le 8e jour. On n'a rien observé de pareil chez les enfants. On n'a jamais trouvé de mercure dans ces urines, elles paraissent cependant dues exclusivement au pansement du sublimé.

Le sublimé paraît préserver tout particulièrement de l'érysipèle. La solution à 1 0/00 n'irrite pas les tissus, aussi la sécrétion des plaies est-elle fort peu abondante.

Au mois de mai, Lücke institua le pansement au sucre; jusqu'au semestre d'hiver 1883-84, on employa un mélange à parties égales de sucre et de naphtaline pour un mélange ainsi composé : sucre 10, iodoforme 1. A présent le sucre est employé pur et l'iodoforme réservé pour le processus tuberculeux. (Voy. *R. S. M.*, XXIII, 272.)

Les instruments sont plongés une demi heure avant l'opération dans une solution d'acide phénique à 5 0/0, les mains de l'opérateur et des aides sont plongées dans les mêmes solutions. On n'emploie le spray phéniqué que dans quelques grandes opérations. Les plaies sont souvent arrosées pendant l'opération avec une solution du sublimé. Les éponges ont été rendues aseptiques par une immersion prolongée dans une solution phéniquée à 5 0/0 et l'on détruit toutes celles dont on s'est servi pour des plaies suppurées ou infectées. Les drains en gomme sont rendues aseptiques par le même procédé. Les ligatures et les sutures sont faites avec de la soie qui a bouilli pendant 2 heures dans une solution à 5 0/0 d'acide phénique et qui est conservée dans cette même solution.

Les sutures faites, les drains posés, on injecte encore une fois de la solution de sublimé dans la plaie et on vide en pressant avec des éponges. Puis on la recouvre d'un sachet de mousseline dégraissée rempli de sucre pulvérisé sur une épaisseur de un demi-centimètre. On applique le sucre à même quand certaines parties n'ont pas pu être réunies. Par dessus l'on met plusieurs doubles de mousseline dégraissée, une couche de papier de gutta percha, de la ouate; enfin on fixe le tout avec une bande de mousseline mouillée.

Ce pansement peut rester 8 à 14 jours en place. Lorsque la plaie sécrète peu, le sucre ne se dissout pas; lorsque le pus se fait jour vers l'un des bords, l'on en est quitte pour appliquer en cet endroit un nouveau sachet de sucre. En général, les plaies guérissent presque sans fièvre. Lorsque le matin la température s'élève au-dessus de 38°, il faut toujours lever le pansement.

Les plaies ont bon aspect; rarement la peau à l'entour est irritée. Le pansement reste en place 6 à 8 jours, en général; il faut le renouveler pour raccourcir ou pour enlever les drains et pour enlever les sutures. On remet ensuite un nouveau pansement au sucre. Quant aux plaies

découvertes on les saupoudre de sucre; elles prennent bon aspect, granulent et guérissent rapidement.

202 malades ont été pansés de cette manière. Il y eut 5 morts, 1 par érysipèle (amputation du sein) 1 par néphrite hémorragique, 1, quelques heures après l'amputation pratiquée en pleine septicémie, 2 par phtisie pulmonaire. 37 grandes amputations donnèrent 2 morts; 31 fois la guérison se fit par première intention. Quant au temps moyen exigé par la guérison dans les diverses amputations il a été :

De 20	jours	pour	6	amputations	du bras.
16	—	—	3	—	de l'avant-bras.
22	—	—	11	—	de la cuisse.
19	—	—	7	—	de la jambe.
29	—	—	5	—	de Pirogoff.

Les amputations ont été presque toujours faites par le procédé circulaire, et la surface de section de l'os recouverte par un petit lambeau périostique.

Le pansement au sucre ne peut pas s'appliquer aux phlegmons, aux empyèmes où la suppuration est abondante. Mais il est très utile pour traiter les plaies sales, les ulcères des jambes, les carcinomes ulcérés.

L'auteur le recommande pour toutes les plaies qui peuvent être suturées, pour toutes les petites plaies, et surtout pour les plaies de tête et les plaies contuses superficielles. EDELMANN.

XI. — Ne pouvant se procurer la mousse employée par certains chirurgiens allemands, l'auteur eut l'idée d'essayer le papier de manille, connu sous le nom de papier de toilette, découpé en fines lanières, comme on s'en sert pour les emballages en France. Cette laine de papier (*papier wool*) est rendue antiseptique par une immersion dans la solution de sublimé à 1 0/00. On ajoute 5 grammes de chlorure de sodium pour empêcher la décomposition du bichlorure. La laine est séchée, puis employée comme suit : la plaie est couverte de gaze au sublimé, puis de laine de papier, le tout fermé par une bande de gaze.

XII. — L'auteur prend du papier non collé (papier à filtres) le fait sécher à 120°, l'immerge dans des solutions antiseptiques (sublimé, acide boriques, phénique, etc.) et le fait sécher lentement. Pour le pansement, on applique directement sur la plaie 6 ou 8 feuilles de ce papier qui remplace la gaze de Lister. En guise de makintosch, Bedoin prend la gutta percha laminée.

Les avantages de ce pansement sont le bon marché, la simplicité; le protective est rendu inutile à cause de l'innocuité du contact soyeux du papier. A. C.

I. — Experimentelle Untersuchungen über Schädelbasisbrüche (Recherches expérimentales sur les fractures de la base du crâne), par Wilhem GREDER (*Deutsche Zeitschrift für Chirurgie, Band XXI, Heft* 5 *et* 6, *p.* 491).

II. — Ueber die Folgen subcutaner Schädelfracturen in den ersten Lebensjahren (Conséquences des fractures sous-cutanées du crâne dans les premières années de la vie), par WEINLECHNER (*Soc. des méd. de Vienne*, 13 et 21 *novembre* 1884).

III. — Polyurie et hémianopsie d'origine traumatique (Fracture du crâne), par TUFFIER (*Revue de chirurgie, octobre* 1884).

IV. — A case of fracture of the base of the skull, with loss of brain substance through ear; recovery (Fracture du crâne; perte de substance cérébrale par l'oreille), par W.-H. WILDER (*The med. News*, 6 *juin* 1885).

V. — Ueber die Behandlung der Complicirten Schädelfracturen (Traitement des fractures compliquées du crâne), par GORTZ (*Deutsche med. Woch.*, *n°* 26, 1884).

VI. — The field and limitation of the operative surgery of the human brain, par J.-B. ROBERTS (*The med. News, p.* 463, 25 *avril* 1885).

VII. — Case of perforating tuberculosis of skull with cerebral symptoms (Tuberculose du crâne avec symptômes cérébraux), par Walter EDMUNDS (*Brain, p.* 88, *avril* 1885).

VIII. — Zwei Fälle von Verletzung der Grosshirnrinde (Deux cas de traumatisme du cerveau), par KLEMENSIEWICZ (*Wiener mediz. Wochenschrift, n°* 7, 1885).

I. — L'auteur a entrepris une nouvelle série d'expériences pour expliquer le mécanisme des fractures de la base du crâne. Mais au lieu de procéder par compression comme Hermann fait, il agit par choc direct à l'aide d'un poids semi-ovoïde pesant de 6,400 grammes à 6,500 grammes et tombant d'une hauteur de $1^m,70$ en glissant le long d'une barre de fer assujettie au plafond. — Voici quelles sont les conclusions de l'auteur :

1° Les solutions de continuité de la base du crâne, fentes longitudinales, transversales ou diagonales, se produisent par éclatement ainsi que le prouvent de nombreux exemples et l'expérimentation ;

2° Un grand nombre d'expériences prouvent que la direction des fentes de la base du crâne est parallèle à la direction de la pression ;

3° L'étendue des fentes dépend pour chaque crâne de beaucoup de circonstances intercurrentes de sorte que l'on peut à peine les soupçonner d'après l'intensité de la force. EDELMANN.

II. — A la suite des fractures du crâne qui se produisent pendant les deux premières années de la vie, on peut voir apparaître des tumeurs de deux ordres : d'une part des fissures avec effleurement du cerveau, d'autre part, des fissures avec fausses méningocèles.

Dans la première variété, la fissure siège généralement au niveau d'une bosse pariétale, a des bords épais et renversés en dehors, et laisse percevoir les battements du cerveau qui ne fait jamais de saillie notable. La solution de continuité s'élargit progressivement, puis reste stationnaire privant ainsi le cerveau de sa protection naturelle. De pareilles fissures ne se produisent jamais après l'age de 3 ans. Il faut, pour déterminer l'effleurement du cerveau, la déchirure complète des méninges ; c'est la dure-mère qui offre le plus de résistance.

La seconde variété, celle des fissures avec fausses méningocèles, est plus connue et mieux étudiee. La tumeur siégeant sur l'un des parietaux résulte de la déchirure de la dure-mère et de l'irruption du liquide céphalo-rachidien sous le péricrâne ; celui-ci s'étant déchiré à son tour, il se forme aux dépens du tissu conjonctif un kyste qui peut communiquer avec les espaces sous-arachnoïdiens, sous-méningiens, et même,

à travers le cerveau déchiré, avec les ventricules latéraux. La pseudo-méningocèle peut atteindre le volume de deux poings. Elle ne persiste jamais après l'âge de 3 ans. Elle constitue une tumeur molle, élastique, transparente, diminuant sous l'influence de la compression et augmentant pendant l'expiration. En la ponctionnant on obtient un liquide analogue au liquide céphalorachidien et on perçoit alors nettement le rebord osseux qui la limite. Elle doit guérir spontanément; aussi l'auteur rejette-t-il le traitement par la ponction et l'injection iodée; il se contente de plaques protectrices. L. GALLIARD.

III. — Jeune homme de 17 ans : chute de la hauteur d'un troisième étage; fracture de la voûte crânienne avec enfoncement, s'étendant de la base du nez à la suture fronto-pariétale droite, et de l'angle externe du frontal vers le même sillon : coma et insensibilité absolue. Paralysie des sphincters; quelques jours après l'accident le coma disparaît et est remplacé par de l'agitation : pas de paralysie des membres. Les plaies de tête se cicatrisent et la paralysie des sphincters disparaît : à cette époque le malade est atteint d'une polyurie abondante (10 à 15 litres par jour) sans sucre, ni albumine, qui sous l'influence des injections hypodermiques d'ergotine descend à 5 litres par jour, et d'une hémianopsie bien caractérisée.

L'auteur interprète ces accidents de la manière suivante : fracture de l'étage antérieur et de l'étage moyen du crâne; contusion cérébrale et lésion de la moitié antérieure du chiasma des nerfs optiques, ayant provoqué l'hémianopsie; contusion indirecte au niveau du bulbe ayant déterminé la polyurie. OZENNE.

IV. — L'auteur rapporte l'observation d'un malade âgé de 38 ans, apporté à Cincinnati hospital dans un état de résolution complète, présentant un écoulement de sang par l'oreille et ayant tous les signes d'une fracture du crâne. Dans le conduit auditif externe gauche, on trouve une petite masse de tissu blanchâtre d'apparence cérébrale; on en trouve également sur l'oreiller et l'examen microscopique fait reconnaître tous les caractères de la matière cérébrale, fibres nerveuses, myéline, etc. Pas de paralysie.

Les jours suivants, on vit apparaître une paralysie faciale gauche, de la paralysie vésicale, mais peu à peu tous ces signes disparurent et une douzaine de jours après l'admission, le malade avait recouvré complètement son activité d'esprit. Il existait un écoulement purulent par l'oreille et on pouvait reconnaître l'existence d'une déchirure du tympan.

L'auteur rappelle les observations analogues qui ont été publiées (Voy. *R. S. M.*, XXV, 694). A. CARTAZ.

V. — L'auteur a traité 12 fractures du crâne, dont 8 furent compliquées. Sur les quatre fractures sous-cutanées non trépanées, trois suivies de mort, tandis que les huit compliquées guérirent rapidement malgré des désordres parfois considérables.

Le pronostic de ces dernières est donc plus favorable que celui des sous-cutanées. Il faut recourir à une trépanation modifiée quand on trouve des fragments mobiles, déprimés, pénétrant dans l'intérieur du crâne, fragments qu'il importe d'extraire. Il faut régulariser les bords dentelés des os fracturés et favoriser l'évacuation des liquides épanchés. De cette façon on obtiendra souvent la réunion par première intention des parties molles. L. GALLIARD.

VI. — L'ensemble symptomatique « compression du cerveau », est moins dû à la compression qu'à l'inflammation intra-crânienne. L'incision du cuir chevelu, qui rend compliquée une fracture simple augmente peu les dangers, moins pour le crâne que pour les autres os. — L'ablation

de portions du crâne par le trépan est moins dangereuse qu'une amputation de métacarpien, mortalité, 3,6 0/0 pour le trépan, 4 à 5 0/0 pour le métacarpien (Amidon). Dans les fractures du crâne, la table interne brisée plus loin que l'externe se nécrose rarement, mais est cause d'encéphalite aiguë. La perforation du crâne est justifiée toutes les fois que le traumatisme fera supposer une fracture. Le drainage est plus essentiel dans les blessures du cerveau que dans les blessures des autres organes. Beaucoup de régions des hémisphères peuvent être incisées ou excisées impunément. Les blessures accidentelles des méninges, des vaisseaux seront traitées d'après les moyens usuels.

Ces principes établis, l'auteur pose les règles suivantes :

Fractures du crâne : Fissures simples : ni dépression, ni symptômes cérébraux, pas d'opération : s'il y a dépression ou symptômes nerveux ; incision du cuir chevelu et trépan.

Fractures comminutives simples : Inciser le cuir chevelu toujours, et trépaner s'il y a dépression ou symptômes cérébraux.

Fissures compliquées (ouvertes) : Trépan s'il y a dépression ou signes cérébraux.

Fractures comminutives compliquées : Trépan presque toujours, même lorsqu'il n'y a ni dépression, ni symptômes cérébraux.

Dans tout cas douteux, on appliquera le trépan.

Hémorragie intra-crânienne : Trépan pour enlever les caillots et arrêter l'hémorragie.

Suppuration intra-crânienne : Trépaner, et si c'est nécessaire, ponctions exploratrices dans tous les cas d'abcès.

Epilepsie, folie, suite de traumatisme du crâne : Enlever une portion osseuse aux points d'élection.

Tumeurs cérébrales, quand on peut les localiser, et si elles sont superficielles, enlever l'os et la tumeur.

Dans la discussion qui suivit, quelques-unes de ces conclusions furent attaquées dans ce qu'elles présentaient de trop absolu, et on cita des observations de trépanation dans des cas de folie, de blessure de vaisseaux, et de fractures du crâne. MAUBRAC.

VII. — Garçon de 14 ans, d'une famille de tuberculeux. Dix-huit mois auparavant, il a eu une attaque de péritonite que l'on suppose tuberculeuse. Vers la même époque se développe sur la région pariétale gauche, un abcès froid accompagné d'une céphalée intense ; deux fois le pus de cet abcès est enlevé par aspiration.

Six mois plus tard, engourdissement du bras droit et de la main : quatre mois après l'apparition de ces symptômes, on constate que l'abcès crânien se remplit de nouveau.

Deux jours avant son entrée à l'hôpital, il a une convulsion, la première depuis le début de sa maladie : l'hémiplégie droite, tout en étant incomplète, se dessine, et gagne la face, le bras et la jambe. Tel est son état lors de son admission ; à l'ophtalmoscope, on trouve les papilles congestionnées et leurs bords indécis.

L'abcès est ouvert après éthérisation du malade. On tombe sur une perforation osseuse avec séquestre libre, qu'un coup de ciseau suffit à détacher. La dure-mère est à nu et le cerveau bat dans le fond de la plaie. (Pansement à l'iodoforme.)

Amélioration rapide après l'opération, bien que la suppuration persiste, entraînant quelques parcelles de substance cérébrale. Quinze jours après

surviennent deux convulsions, ce qui n'empêche pas la plaie de se cicatriser, sauf en un point où le cerveau continue à battre. Une plaque d'argent est fixée à ce niveau pour protéger le crâne.

Au bout de quatre mois, l'enfant est assez bien pour se lever ; il ne lui reste plus qu'une légère faiblesse du bras.

Vérification faite, la lésion crânienne correspondait à la circonvolution frontale et à la pariétale ascendante. H. R.

VIII.— 1° P..., canonnier, 21 ans, se battant avec un de ses camarades, reçut un coup de crochet sur le pariétal gauche ; le crochet pénétra à travers l'os dans la substance cérébrale et détermina une plaie large comme une pièce de 2 sous, saignant modérément. Le soldat continua la lutte, mais au bout de 3 minutes environ tomba subitement, se releva aussitôt et fut conduit à pied à l'hôpital qui se trouvait à une distance de 2 kilomètres. On enleva séance tenante 3 esquilles osseuses et il s'en écoula un peu de substance cérébrale ; le malade ne manifesta aucune douleur pendant cette opération. Les premiers 2 jours il n'y eut pas de fièvre et il existait une parésie du bras droit. Le 3e jour apparurent la fièvre, des convulsions épileptiformes dans le bras droit bientôt suivies de la paralysie de la moitié droite du corps, des convulsions dans les muscles de la moitié gauche de la face remplacés rapidement par la paralysie des mêmes muscles ; les mouvements réflexes persistèrent dans le bras droit. Le malade mourut le 11e jour de sa blessure.

A l'autopsie on trouva de la méningite au niveau de la plaie, celle-ci occupant la partie supérieure de la circonvolution frontale ascendante et des racines des 2 circonvolutions frontales supérieure et médiane. La plaie était profonde de 3 centimètres et en forme d'entonnoir.

2° N.., commissionnaire, tomba en descendant un escalier et se blessa au front et à la jambe droite. Après quelques jours le gonflement de la peau ayant disparu on put constater une fracture de la moitié gauche du frontal qui était déplacé d'un centimètre en arrière. La plaie de la jambe ayant suppuré et déterminé de la pyohémie le malade succomba quelques semaines après sa chute.

Pendant la maladie il n'y avait aucun trouble de la sensibilité ou de la mobilité, mais le malade était excessivement excité, injuriant et frappant tout le monde.

A l'autopsie on trouva la fracture du frontal complètement guérie; elle s'étendait le long du bord du frontal gauche, parallèlement à la ligne médiane, comprenant la voûte orbitaire gauche et pénétrant dans la grande aile du sphénoïde. Il n'y avait pas de méningite mais l'écorce de presque tout le lobe frontal gauche, surtout à sa face inférieure, était détruite, à droite c'était surtout le gyrus rectus qui était lésé; la lésion avait la profondeur d'environ 1 centimètre. M. SCHACHMANN.

Trephining for compression by a clot derived from middle meningeal artery (Trépanation dans les hémorragies de la méningée moyenne), par Charter SYMONDS (*Med. Times, p.* 548, 17 *octobre* 1885).

Homme de 43 ans : chute de six pieds de haut sur la tête. Hémiplégie droite, pouls 52, coma. Plaie à la région temporale gauche et large épanchement de sang.

A cause du coma et de l'hémiplégie, Symonds trépane : au-dessous de l'os, caillot qu'il enlève. Hémorragie profuse due à une double plaie de la méningée moyenne : on place une ligature sur une déchirure ; la deuxième déchirure est complétée, et les extrémités tordues. L'hémorragie continuant, on lie l'artère avec un lambeau de la pie-mère, et on la tord le plus loin possible.

Immédiatement le pouls remonte de 40 à 64, la motilité reparaît dans le côté paralysé; le malade donne son nom et son adresse. Le lendemain au matin, il avait toute sa connaissance; dans l'après-midi agitation, délire, coma, fièvre; mort 50 heures après le trauma. Autopsie : dure-mère congestionnée, jaune et purulente : le temporosphénoïde droit est brisé avec irradiations fissurales vers l'orbite, l'ethmoïde.

Symonds attribue la méningite et la mort à la durée de l'opération (2 heures) et à la perte de sang : il propose, dans un cas semblable, pour arrêter l'hémorragie, la compression, et si elle échoue la ligature de la carotide externe.

Howse cite deux cas semblables.

1° H..., 10 ans : chute de six pieds de haut; 4 heures après l'accident coma, pupilles inégales, mouvements convulsifs du bras et de la jambe droite.

Trépanation : on enlève un caillot, et on fait la compression de la carotide primitive durant 3 heures. Le soir la motilité était revenue : guérison sans fièvre : un mois après le malade marchait en traînant les jambes, la droite surtout. Puis la paralysie reparut à droite, et deux mois et demi après l'opération, le bras droit était contracturé. Santé générale parfaite.

2° Homme, charretier vigoureux, 51 ans. Chute sur le front de 10 pieds de haut. Pas de paralysie; assoupi et abattu : répond aux questions. Epanchement sous la peau du crâne, hémorragie par la narine droite : pouls lent. L'insensibilité augmente, la respiration devient stertoreuse; hémiplégie droite. Trépanation, à la partie supérieure du pariétal gauche. Caillot entre la dure-mère et l'os; on l'enlève; une hémorragie légère se déclare. On fait le pansement, espérant que le sang s'arrêtera par la compression et le froid. Le patient remue un peu son bras et sa jambe, qui sont encore très raides; mais il reste encore sans connaissance : on enlève le pansement : des fragments osseux sont retirés, et on lie plusieurs branches de la méningée. L'hémorragie ne cédant pas, on lie la carotide externe : l'hémorragie a cessé; le patient reste cependant insensible et meurt le lendemain matin. Autopsie: le pariétal gauche est séparé du frontal, ainsi que le droit, sur une étendue de 1 pouce, avec fracture oblique longue de 3 pouces sur ce dernier : quelques caillots restaient encore sur la dure-mère. Le cerveau dans la partie sous-jacente était meurtri sur une profondeur d'un 1/2 pouce environ.

MAUBRAC.

I. — Cinq observations de plaies de tête, par LINON.

II. — Trépanation suivie de succès; trépanation chez les Kabyles, par BÉLIME.

III. — Plaie de tête, trépanation, par CHAVASSE. — *Idem*, par KIRMISSON.

IV. — Plaie de tête avec fracture, sans communication avec la plaie extérieure, hémorragie méningée, trépanation, par ALVAREZ. — Rapport sur ces observations, par Just-LUCAS CHAMPIONNIÈRE (*Bull. Soc. de chir.*, 1885).

I. — Les cinq observations de Linon ont trait à des plaies de tête observées chez des indigènes algériens.

La première est celle d'un indigène, présentant une fracture du crâne de la région fronto-pariétale droite avec monoplégie du bras gauche et conservation de la sensibilité. Trépanation le dixième jour, extraction de cinq esquilles. La méningo-encéphalite n'est pas enrayée; le malade meurt le vingt-septième jour avec une hémiplégie gauche complète et un abcès cérébral au niveau des centres locomoteurs.

Les trois autres observations n'offrent rien de particulier ; il n'y eut pas d'intervention.

La cinquième a trait à un indigène qui reçut sur la tête un violent coup de pioche. Fracture du crâne avec hernie cérébrale. Aphasie immédiate et paresie du bras droit ; le dixième jour, paralysie faciale à droite. Le quatorzième jour, l'hémiplégie étant devenue à peu près complète, la situation s'aggravant, on pratique le soulèvement d'une lame considérable des os du crâne enfoncée (de 35 à 60 millimètres de large). Abcès cérébral au-dessous. Esquilles volumineuses. Quatre jours après l'opération, le blessé remue le bras droit ; le dix-huitième jour, il parle ; un mois après, il était guéri.

II. — Dans le cas de Bélime, c'est un jeune homme de 23 ans, qui fait une chute d'un lieu élevé, et se fracture le crâne. Quand l'auteur le voit, dix jours après l'accident, il y a une paralysie faciale à gauche, une hémiplégie à droite, une aphasie totale, un état semi-comateux. Plaie contuse sur la région pariétale gauche. Trépanation ; deux couronnes permettant de soulever les fragments osseux enfoncés. Il s'écoule une grande quantité de sang noir liquide. Pas de lésions de la dure-mère.

A la suite de cette opération, les accidents paralytiques s'effacent peu à peu et après élimination de quelques esquilles, le malade part complètement guéri.

III. — Dans le cas de Chavasse, le malade avait une plaie contuse du frontal avec dénudation et enfoncement. Les symptômes de méningo-encéphalite éclatent le dixième jour. C'est à ce moment que Chavasse voit le malade ; il n'hésite pas, malgré la méningite, à intervenir par la trépanation ; il retire trois esquilles enfoncées dans la dure-mère. Le malade meurt trois jours après. A l'autopsie, abcès intra-cérébral.

Le malade de Kirmisson avait fait une chute de cheval à 6 heures du matin. On constate, quatre heures plus tard, une hémiplégie complète à gauche avec conservation de la sensibilité, survenue en deux heures de temps. Admettant que les accidents sont dus à un épanchement sanguin, Kirmisson s'abstient d'intervenir. Mort à 6 heures du soir, le même jour. A l'autopsie, caillot de 110 grammes à droite, dû à une déchirure du sinus latéral droit, au niveau d'un trait de fracture.

IV. — Malade trouvé sans connaissance dans la rue, ayant une plaie de deux centimètres, n'intéressant que les parties molles, située à 8 centimètres en avant de la scissure de Rolando. Coma profond, paralysie complète du membre supérieur droit, incomplète du membre inférieur droit. Conservation de la sensibilité. Ptosis palpébral gauche, strabisme externe de l'œil droit. Paralysie faciale droite.

Trépanation. Sous la plaie du tégument, fissure du crâne. On tombe sur un grand foyer hémorragique qu'on déterge. Les phénomènes de paralysie et de coma se dissipent peu à peu et le malade sort guéri 4 mois plus tard.

Le rapporteur, Just Championnière, après avoir discuté la valeur des symptômes fournis par ces diverses observations, se déclare partisan de l'intervention hâtive et formule ainsi les indications de la trépanation.

Accidents primitifs. Enfoncement ne donnant lieu à aucune complication. La trépanation est indiquée.

Accidents cérébraux localisés sans plaie ni enfoncements. S'il ne s'agit pas d'accidents éphémères, trépanation.

Plaie de tête où l'enfoncement peut être soupçonné ; explorer la plaie, la nettoyer, faire les contre-ouvertures nécessaires et trépaner ou relever les fragments sans attendre les complications.

Accidents secondaires. Que les accidents soient localisés ou non, la

trépanation est indiquée. Elle sera beaucoup moins heureuse que dans les cas précédents, mais ses résultats seront très supérieurs à ceux de l'expectation.

L'intervention doit être large et l'asepsie de la plaie rigoureusement assurée. A. CARTAZ.

Case of cerebral tumour (Trépanation pour tumeurs cérébrales), par Hughes BENNETT (*Brit. med. journ., p.* 988, *mai* 1885).

Observation intéressante, en ce que le diagnostic avait été porté pendant la vie avec assez de précision pour justifier une intervention chirurgicale.

Un fermier, âgé de 25 ans, vient consulter l'auteur en octobre 1884 pour une paralysie du bras gauche. D'une bonne santé jusqu'en 1881, il avait été frappé fortement à cette date par une pièce de bois qui lui avait contusionné le côté gauche de la tête : il s'en était suivi une perte de connaissance de quelques instants. Un an plus tard, il avait commencé à se plaindre de céphalée, de fourmillements de la face et de la langue (du côté gauche). Bientôt étaient survenues des contractions spasmodiques de ce côté, puis des fourmillements du bras gauche, suivis d'un affaiblissement de la motilité de ce membre. Des sensations analogues de fourmillements commençaient à se faire sentir à la jambe gauche.

Lors de l'examen, il avait une paralysie complète du bras, une légère parésie de la jambe gauche, une notable déviation de la langue. La vision était conservée, mais il existait une double névrite optique. Les réflexes tendineux étaient exagérés du côté malade. Enfin, il existait une céphalée habituelle et des vomissements accidentels.

Ces symptômes firent diagnostiquer une tumeur cérébrale corticale, localisée au voisinage du tiers moyen de la scissure de Rolando. En raison des douleurs intolérables du patient et de la marche progressive de la tumeur, une opération fut proposée, et acceptée par le malade. Le 25 novembre, Godlee trépana le crâne et mit à nu, après incision de la dure-mère, la circonvolution pariétale ascendante. On trouva, au point soupçonné, un gliome qui fut complètement enlevé au moyen de la curette de Volkmann. Une abondante hémorragie se produisit, qui fut arrêtée par le galvano cautère, la plaie fut suturée et pansée antiseptiquement. Quatre jours après, le malade était remarquablement bien. Les vomissements, la céphalée, les convulsions avaient cessé, l'intelligence était intacte, le pouls normal. Mais la plaie prit bientôt une odeur putride, et il se fit une hernie du cerveau qui devint graduellement de la grosseur d'une orange. Malgré cela, l'état général restait satisfaisant. Au bout de 21 jours de cette situation, le malade fut pris de frisson, de symptômes de méningite, et il mourut une semaine après le début de ces accidents. L'autopsie fit voir que la méningo-encéphalite était restée localisée au pourtour de la plaie cérébrale.

A propos de la communication de Bennett, Ferrier rapporte l'histoire d'un individu atteint d'hémiplégie gauche, de douleur frontale droite, de double névrite optique, et dans un état comateux. On avait diagnostiqué une tumeur située au voisinage de la fente sphénoïdale. Lister fit une trépanation exploratrice. A peine eut-il incisé la dure-mère, qu'un jet de liquide s'échappa d'une sorte de kyste, lequel était, en réalité, la corne antérieure du ventricule très dilaté. Le malade éprouva immédiatement une amélioration notable, la paralysie diminua et le coma disparut, mais la mort survint huit jours après du fait des progrès de la tumeur.

W. Macewen rapporte également l'histoire de deux trépanations faites avec succès dans des cas qui semblaient des tumeurs cérébrales. L'un concernait

une syphilitique, laquelle, au lieu d'une gomme de la région fronto-pariétale, avait de la pachyméningite localisée au niveau d'une ostéite du crâne : l'opération la guérit complètement. L'autre était un cas de contusion cérébrale avec encéphalite localisée, consécutive à un traumatisme cranien. H. RENDU.

Chirurgische Erfahrungen über Tuberculosee (Notes sur la tuberculose chirurgicale), par VOLKMANN (*Wiener mediz. Blätter*, 1885).

Dans ce travail, l'auteur passe en revue les diverses variétés de tuberculose chirurgicale.

A. *Tuberculose du tégument externe et du tissu conjonctif.*

1° La peau présente en fait de tuberculose *a*) le lupus, affection caractérisée surtout par sa tendance à la récidive locale; *b*), les ulcérations scrofuleuses d'autrefois, qui se montrent surtout chez les sujets jeunes et que l'intervention chirurgicale guérit ordinairement d'une facon définitive.

2° La tuberculose primitive et les abcès consécutifs du tissu conjonctif intermusculaire, périostal et périarticulaire doivent être diagnostiqués avec précaution, parce qu'ils sont souvent l'expression secondaire d'une atteinte primitive des organes autour desquels ils se montrent. Cela est surtout vrai pour les abcès par congestion, dus à une spondylite qu'une large incision, l'antisepsie, la compression des parois et le drainage pendant quelques jours peuvent guérir par première intention. Sur 57 abcès par congestion ainsi traités, l'auteur obtint 23 guérisons par première intention, ce qui prouve que l'abcès ne recevait plus ni pus, ni matière caséeuse de l'os malade.

3° Les gommes tuberculeuses constituent une tuberculose primitive du tissu conjonctif qui se développe surtout dans le pannicule adipeux des petits enfants. Ces gommes se réunissent entre elles et finissent ordinairement par ulcérer la peau, rarement elles s'étendent vers la profondeur. On les guérit rapidement par des incisions précoces et l'enlèvement des fongosités adhérentes à leurs parois.

4° Les abcès tuberculeux après quelque temps d'existence, qu'ils soient primitifs ou secondaires, se revêtent constamment d'une membrane pyogénique, qui peut atteindre plusieurs millimètres d'épaisseur et qui est farcie de tubercules miliaires. Le tissu environnant, sauf une légère induration de réaction, est presque toujours sain; sur plus de 1,000 de ces abcès, l'auteur n'a vu que 2 fois ces abcès fuser dans les muscles voisins. Ce caractère ainsi que la facilité avec laquelle on enlève cette membrane suffisent pour distinguer un abcès tuberculeux d'une caséification syphilitique, d'une gomme ramollie et de foyers d'actinomycose.

5° Des recherches ultérieures sont nécessaires pour délimiter le domaine des abcès chroniques, froids, non tuberculeux, tels qu'on en rencontre dans le courant ou après des maladies infectieuses.

B. *Tuberculose des muqueuses accessibles au chirurgien.*

6° La tuberculose de la langue se présente tantôt sous forme d'ulcérations à caractère torpide ou fongueux, tantôt sous forme de noyaux profonds. La première se confond facilement au début avec un cancer, tandis que la seconde se distingue au début avec difficulté des gommes. La marche ultérieure, les manifestations concomittantes permettront d'établir le diagnostic; quant au traitement et aux résultats qu'il donne, l'auteur déclare

que si les excisions, les cautérisations de ces tuberculoses linguales n'empêchent pas la plupart des patients de succomber à la tuberculose pulmonaire, quelques-uns au moins en retirent le bénéfice de plusieurs années de tranquillité.

7° La tuberculose de l'isthme du gosier et du pharynx se montre surtout chez les sujets jeunes, à l'époque de la puberté. Ses ulcérations lenticulaires, confluentes, à fond jaunâtre, se confondent facilement avec la syphilis congénitale. Pour l'auteur, les coalescences cicatricielles du voile palatin avec séparation plus ou moins complète du pharynx des fosses nasales, ainsi que certaines formes de sténose pharyngée immédiatement au-dessus du larynx, doivent être attribuées plus souvent à la tuberculose qu'à la syphilis, les formes graves de cette dernière déterminant des lésions plus profondes.

L'intervention chirurgicale, énergique et précoce, est plus facile que dans le larynx et donnerait certainement quelques guérisons persistantes.

8° L'ozène tuberculeux déterminé par des ulcérations tuberculeuses sur la muqueuse nasale doit être nettement séparé de l'ozène scrofuleux qui est purement catarrhal.

9° Aux lèvres V... a vu 2 fois seulement des ulcérations tuberculeuses graves.

10° La fistule anale tuberculeuse se distingue de celle qui n'est pas spécifique par l'abondance des fongosités, par le décollement étendu de la muqueuse, par les abcès sinueux qu'elle provoque autour d'elle. Aussi doit-on la traiter énergiquement par des incisions étendues, par le grattage des fongosités, l'excision de la peau malade, l'antisepsie et en cas rebelle par la profonde cautérisation au fer rouge.

11° La pérityphlite tuberculeuse qui se forme insidieusement chez des malades qui n'ont encore présenté aucune manifestation tuberculeuse, à la suite de la perforation d'une ulcération solitaire.

C. *Tuberculose de l'appareil uro-génital.*

12° Les testicules se tuberculisent fréquemment et surtout chez les individus jeunes ; souvent après la tuberculisation d'un testicule l'autre se prend à son tour, quelquefois même après un intervalle de plusieurs années. L'auteur recommande d'intervenir radicalement chez les jeunes malades lorsqu'un testicule est pris, fût-il complètement détruit, car même dans ces cas la castration donne plusieurs années de santé. On réservera le grattage, les cautérisations et les résections partielles pour les individus âgés.

13° La tuberculose de la vessie, des uretères et des reins est une des plus graves et il n'y a pas encore de preuve qu'on la puisse guérir. Il reste encore à démontrer l'utilité de la néphro ou de la néphrectomie dans ces cas.

14° V... n'a pas d'expérience personnelle suffisante en ce qui concerne la tuberculose vaginale et utérine.

15° La tuberculose de la mamelle est excessivement rare et lorsqu'on la diagnostique il faut la traiter par l'amputation du sein et enlever de l'aisselle les ganglions infiltrés. Il faut savoir qu'à la suite de la mastite chronique indurée les ganglions axillaires se gonflent et peuvent se tuberculiser sans que la mamelle correspondante ait été tuberculeuse.

D. *Tuberculose osseuse, articulaire et des gaines tendineuses.*

16° Tout ce qui jusqu'à maintenant a été connu sous le nom de carie osseuse, spina ventosa, inflammation scrofuleuse des os ou des articulations, tumeur blanche, fongosité articulaire, affection articulaire strumeuse, inflammation fongueuse des os et des articulations appartient, sauf de très rares exceptions, à la tuberculose.

D'autres maladies infectieuses peuvent aussi provoquer des inflammations osseuses et articulaires chroniques, mais généralement après un début aigu. Ce sont surtout les inflammations métastatiques des articulations qui compliquent souvent ou suivent les exanthèmes fébriles dont la nature est plus difficile à déterminer; mais une partie de ces cas est due à la septicémie et l'autre est réellement l'expression de la tuberculose.

17° La tuberculose articulaire provient soit d'une tuberculose osseuse soit d'une tuberculose de la synoviale. Le 1er cas se voit surtout chez l'enfant. L'os peut être pendant longtemps le seul siège des tubercules qui s'y développent sous forme de foyers circonscrits dans l'épiphyse osseuse et plus rarement sous forme d'infiltrations caséeuses étendues de la partie spongieuse. Ces foyers ont une grande tendance à la nécrose chez l'enfant, et les séquestres sont séparés du reste de l'os par un tissu très tuberculeux en dedans, mais sain du côté du reste de l'os qui peut ainsi être préservé.

18° La tuberculose primitive de la synoviale se voit surtout à un âge plus avancé et spécialement dans le genou. Elle s'accompagne ou non d'une abondante prolifération granuleuse formant ainsi l'arthrite fongueuse dans le premier cas et donnant lieu dans le second à ce qu'on a appelé les abcès froids des articulations. Ces derniers paraissent être d'un pronostic particulièrement fâcheux.

Quelquefois il se développe sur la synoviale un noyau tuberculeux gros comme une amende ou un petit œuf, il se pédiculise, fait saillie dans l'articulation et contamine la synoviale primitivement indemne de tubercules. Même dans ces cas l'enlèvement du noyau, le drainage de l'articulation pendant peu de temps procurent la guérison.

19° La tuberculose articulaire primitive ou secondaire, même avec des lésions osseuses très étendues, peut évoluer sans suppuration et sans abcès; parfois la grande quantité de tubercules de la synoviale détermine une hydarthrose abondante.

20° Au point de vue thérapeutique on ne peut prendre en considération que celles des interventions qui débarrassent l'articulation de tout foyer tuberculeux; ce sont l'incision, le drainage et le grattage de l'articulation (l'arthrotomie), l'arthrectomie synoviale et l'arthrectomie osseuse et synoviale.

21° La tuberculose osseuse sans extension aux articulations est représentée cliniquement surtout par les affections suivantes : *a*) Le spina ventosa qui guérit souvent sans suppuration, ni formation de séquestre et sans provoquer de trouble dans la forme et le développement ultérieur des os atteints; *b*) les suppurations et nécroses tuberculeuses de l'apophyse orbitaire du maxillaire supérieur avec les ectropions qu'elles entraînent. Ces deux affections se voient surtout chez les enfants; chez l'adulte on observe plus souvent *c*) les abcès froids du crâne dus à de petites né-

croses; *d*) la carie des côtes et *e*) le mal de Pott sont fréquents à tous les âges.

Il est à noter que chez les adultes la tuberculose n'atteint presque jamais la diaphyse des os longs; la périostite et l'ostéite chroniques dans ces cas reconnaissent donc généralement d'autres causes, par exemple, la syphilis ou quelque forme chronique de l'ostéomyélite chronique.

22° V... recommande de traiter par larges incisions même les plus grands abcès tuberculeux osseux ou articulaires, pourvu qu'on agisse avec l'antisepsie nécessaire. Les plaies qui restent après des opérations sur les articulations ou os tuberculeux se couvrent ordinairement de granulations tuberculeuses avant de guérir, c'est pourquoi l'auteur est d'avis de revenir 4, 6 et même plusieurs fois avec les cautérisations énergiques, les incisions, les excisions, le grattage et surtout le tamponnement de la plaie avec la gaze antiseptique (spécialement l'iodoforme et le sublimé), pour la circonscrire de plus en plus et pour obtenir finalement une guérison définitive.

23° Les opérations sur les os et les articulations tuberculeuses donnent quelquefois lieu à une tuberculose généralisée par suite de la pénétration du virus dans les voies sanguines ouvertes. D'autre part, on sait de longue date que bien des tuberculoses ostéo-articulaires peuvent guérir spontanément.

24° La tuberculose des gaines tendineuses se présente soit d'une façon diffuse, soit par tubercules isolés; il faut les enlever et gratter.

E. *Tuberculose des ganglions lymphatiques.*

25° Les ganglions lymphatiques se tuberculisent lorsque dans les régions qui leur correspondent il y a quelque affection tuberculeuse, mais les ganglions de toutes les régions ne s'infectent pas avec la même facilité, ainsi ceux du cou et les épitrochléens se prennent rapidement, plus lentement ceux de l'aisselle et il est rare de voir les tuberculoses des os et des articulations du pied déterminer l'infection des ganglions inguinaux.

A la suite d'une prédisposition scrofuleuse, les ganglions gonflés par une affection catarrhale banale de leur région correspondante ne rétrocèdent pas et se tuberculisent souvent.

Le meilleur traitement de la tuberculose des ganglions lymphatiques consiste dans leur extirpation avec le couteau ; le grattage, quoique utile, est souvent insuffisant. Quant à l'arsenic pris intérieurement, les preuves de son efficacité ne sont pas encore faites.

Considérations générales.

26° Les affections passées en revue sont toutes de nature tuberculeuse puisqu'on y trouve le bacille et la structure caractéristique et parce qu'on reproduit la tuberculose lorsqu'on inocule une parcelle de leur produit pathologique.

27° De toutes les voies de propagation de la tuberculose, la voie sanguine est celle par laquelle l'individu s'infecte le plus rapidement, c'est ce qui explique pourquoi les tuberculoses dites chirurgicales exposent à moins de dangers que celles des voies respiratoires et digestives.

28° On s'aperçoit à la longue que la tuberculose chirurgicale ne se rencontre guère dans des familles saines. Cette tuberculose se montre du premier coup dans différents endroits à la fois, ou bien n'apparaît que

progressivement, de sorte qu'un individu peut mourir à 30 ans, par exemple, de tuberculose pulmonaire, après avoir présenté des ganglions strumeux dans son enfance et une tumeur blanche à sa puberté sans qu'on ait quelque raison de considérer ces diverses manifestations comme résultat d'une autoinfection. La métastase n'est démontrée aujourd'hui que pour la tuberculose miliaire aiguë.

29° Lorsqu'après l'opération d'une affection tuberculeuse il se produit une récidive locale, cela n'est pas dû à un état diasthésique, mais à une extirpation incomplète du tissu tuberculeux. L'auteur n'a jamais vu la plaie devenir fongueuse, même chez des personnes tuberculeuses à un haut degré, après une amputation, l'enlèvement d'un lipome, dans une fracture compliquée, etc. Malgré cela, il n'est pas douteux qu'on voit se développer la plupart des tuberculoses osseuses et articulaires après des traumatismes, mais ceux-ci sont presque toujours légers dans ces cas. Il faut alors admettre que l'énergie dans la réaction des tissus lésés après un grand traumatisme ne permet pas au bacille de s'y déposer et de proliférer, comme cela serait possible après de légers traumatismes avec une réaction très modérée mais qui détermine certains troubles nutritifs.

30° Il serait très important pour la chirurgie de savoir jusqu'à quel point le bacille tuberculeux à lui seul provoque la suppuration et jusqu'à quel point celle-ci est favorisée par l'addition de substances septiques. Il est, en effet, surprenant de voir la régularité avec laquelle la suppuration se montre dans la tuberculose des organes respiratoires et digestifs et la fréquence de l'évolution des tuberculoses osseuses et articulaires sans suppuration.

31° La tuberculose chirurgicale présente quelques différences notables selon qu'elle survient chez l'enfant ou chez l'adulte. Chez le premier seul se montre le spina ventosa typique, tandis que l'arthrite scapulaire ainsi que les arthrites suppurantes tuberculeuses du genou à forme torpide sont presque exclusives à l'adulte. Chez l'enfant, la tuberculose chirurgicale évolue d'une façon plus bénigne, suppure assez rarement, se circonscrit le plus souvent et même des cas très graves de tuberculose osseuse et articulaire peuvent rétrograder, tandis que chez l'adulte, pour obtenir la guérison dans des cas analogues, il faut enlever les parties malades. Les complications internes sont aussi plus rares chez l'enfant que chez l'adulte. M. SCHACHMANN.

Bindegewebstuberculose als selbständige primäre Krankheitsform (Tuberculose primitive et indépendante du tissu conjonctif), par A. E. FEOKTISTOW (*Arch. f. path. An. u. Phys., Band XCVIII, Heft* 1, *p.* 22).

L'auteur étudie une forme particulière de tuberculose du tissu conjonctif qui serait assez commune aux environs de Moscou. Il fait remarquer que Billroth, par des injections sous-cutanées, a pu produire expérimentalement la tuberculose du tissu conjonctif. Dans certains cas chez l'homme, il pense que le tissu conjonctif peut être atteint le premier et que les os et les articulations ne deviendraient tuberculeux que consécutivement. Bidder, déjà en 1882, a démontré l'existence d' « abcès scrofuleux parasynoviaux » du genou, cependant cette affection ne se trouve signalée que dans le traité de Billroth. L'auteur en réunit 27 observa-

tions. La « cellulite tuberculeuse » peut être péri-articulaire, péri-osseuse, sous-cutanée, ou intramusculaire; elle peut former des foyers ou être diffuse, elle se montre fréquemment à la suite d'un traumatisme avec ou sans plaie. Elle détermine des dégâts assez grands, perforation des aponévroses, ouverture à la peau, fistule persistante; par contre les os et les muscles paraissent s'altérer assez tardivement. La forme la plus habituelle est la forme chronique, dans certains cas cependant la marche peut être aiguë, l'abcès évolue en 5 jours, par exemple, avec destruction des aponévroses, ces cas aigus se voient surtout à la suite des traumatismes. Pour expliquer la production des tubercules à la suite d'une contusion sans plaie, l'auteur, ne pouvant supposer que les bacilles ont traversé la peau au moment du traumatisme, admet qu'ils existaient préalablement dans le sang et que le foyer de la contusion leur a fourni un milieu favorable à leur développement. Dans d'autres cas la tuberculose du tissu conjonctif se développe sur une plaie accidentelle ou opératoire malgré le traitement antiseptique; dans ce cas Feoktistow se demande si le sang du malade ne contenait pas antérieurement des bacilles. Il insiste sur la frequence des ulcères tuberculeux développés sur les plaies mal pansées, ces ulcères affecteraient presque des allures épidémiques dans des milieux infectés comme les hôpitaux.

Les causes prédisposantes seraient la scrofule, la syphilis, la fièvre intermittente. C'est de 10 ans à 30 ans que se montreraient les cas les plus fréquents de cette manifestation tuberculeuse. L'auteur note en outre l'influence de la misère, l'été serait la saison où ces abcès tuberculeux se montreraient en plus grand nombre. La durée, comptée depuis l'apparition des premiers phénomènes jusqu'à l'ouverture à la peau, est variable et dépend de la forme; dans la forme aiguë elle est de 5 jours en moyenne, dans la forme chronique la moyenne est de 8 mois. Cette tuberculose locale se voit surtout sur les membres; elle est généralement assez superficielle. Tantôt elle est circonscrite, tantôt diffuse, envahissante.

Au début peu de douleur; si l'on incise, on trouve un nombre considérable de granulations grises demi transparentes siégeant dans du tissu conjonctif infiltré. Plus tard, sensation d'empâtement assez spéciale, il semble que l'on ait sous les doigts une masse constituée par un certain nombre de noyaux mous. A la coupe, granulations jaunâtres réunies par groupes de volume variable. On peut cependant encore trouver des granulations grises. Ces caractères anatomiques sont très nets et permettent de faire le diagnostic au cours d'une opération.

Au microscope : lésions du tubercule, cellules géantes persistant très longtemps au milieu de cellules déjà dégénérées. Les vaisseaux présentent d'abord une augmentation d'épaisseur de leur tunique externe, plus tard la tunique interne s'épaissit, retrécit et supprime la lumière du vaisseau; parfois soudure des deux parois vasculaires. Dans d'autres cas les cellules endothéliales se détachent et forment de véritables embolies qui semblent constituées uniquement par des cellules géantes. L'existence de cellules géantes intra-vasculaires permet de distinguer les abcès tuberculeux du phlegmon ordinaire. Les lésions vasculaires sont d'autant plus marquées que le processus est plus aigu. Dans un cas où les os avaient été atteints consécutivement au voisinage d'un abcès tuberculeux du tissu

conjonctif, les vaisseaux qui se rendaient à l'os étaient oblitérés; il se fait donc suivant les cas de la carie ou de la nécrose. Le périoste disparaît presque complètement, la moelle présente alors les lésions de l'ostéomyélite purulente aiguë. Les altérations des muscles sont celles de la myosite traumatique aiguë, assez fréquemment atrophie avec dégénérescences variables.

L'auteur cherche à préciser ensuite le diagnostic. Voici les principales règles qu'il établit : Quand, au bout d'une ou deux semaines d'un abcès situé auprès d'une articulation, celle-ci ne paraît pas atteinte, il s'agit de tuberculose du tissu conjonctif. La douleur précoce doit faire penser à une tumeur blanche. Dans la tuberculose du tissu conjonctif il n'y a jamais ni atrophie musculaire notable, ni contracture. Si l'abcès siège au voisinage d'un os et qu'il n'y ait pas de douleur, il n'y a pas de carie. En cas d'incision le pus présente des caractères importants. Dans la cellulite tuberculeuse il est jaune citron, trouble, liquide, par contre le pus osseux est blanc et épais, il peut d'ailleurs contenir des débris d'os. Cette cellulite tuberculeuse ne doit pas être confondue avec les abcès par congestion indépendants du squelette dits « abcès de Volkmann » elle s'en distingue par ce qu'elle n'a pas de membrane pyogénique infiltrée de tubercules.

Le pronostic dépend de la rapidité du processus. La marche chronique est la plus favorable; cependant un abcès primitivement chronique peut prendre une marche aiguë. La gravité de l'affection dépend, en outre, de la forme circonscrite ou diffuse, la forme aiguë est toujours diffuse. Lorsque la tuberculose du tissu conjonctif se développe sur une plaie, la forme est presque toujours diffuse. Les récidives et les métastases sont à craindre.

Comme traitement il serait préférable d'obtenir la guérison sans opération. Pour cela l'auteur recommande divers moyens : compression élastique, injections interstitielles d'une solution phéniquée (5 pour 96 d'alcool) massage, compresse échauffante. On pourrait sans doute remplacer avantageusement les injections phéniquées par des injections de chlorure de zinc, mais l'auteur n'a pu les expérimenter. Si l'on est forcé d'opérer, il est bon de traiter l'affection comme une tumeur maligne et d'enlever tous les tissus supposés atteints pour éviter une récidive dans la la plaie. Il ne faut jamais opérer un cas aigu. P. GALLOIS.

I. — On skin-grafts from the frog (Greffes avec la peau de grenouille), par ALLEN (*Lancet, novembre* 1884).

II. — *Idem*, par Oscar-V. PETERSEN (*Vratch., n°* 33, 1885).

I. et II. — Allen a eu l'idée de faire sur des plaies bourgeonnantes des greffes avec la peau de grenouille et a obtenu de bons résultats.

Petersen a employé cette méthode pour la guérison d'une vaste plaie torpide du cou, résultat d'un anthrax. Il prit une forte grenouille (*rana temporaria*), lava la peau du ventre avec une solution boriquée, enleva des fragments qu'on appliqua sur du papier glacé, la surface externe de la peau adhérente au papier, et qu'on posa ainsi sur la plaie rendue préalablement aseptique par un lavage au sublimé. Un emplâtre adhésif maintint les greffes en place. Le papier est destiné à empêcher l'adhérence

des greffes à l'emplâtre. Onze greffes furent faites en six fois; presque toutes étaient fixées intimement dès le deuxième jour et quelques jours plus tard on pouvait voir des bords partir des zones épidermiques. La cicatrisation, fort lente jusque-là, se fit dès lors avec régularité. A. C.

I. — Essai sur la chirurgie du poumon dans les affections non traumatiques (pneumectomie, pneumotomie, injections intra-pulmonaires), par H. TRUC (*Thèse de Lyon*, 1885).

. — A future for pulmonic surgery, par E.-Wyllys ANDREWS (*Journ. of americ. Assoc*, 5 *septembre* 1885).

III. — Pneumectomia sinistra per ferita d'arma da fuoco con emorragia, par OMBONI (*Annal. universali di med. e di chir.*, *janvier* 1885).

IV. — Case of hæmoptysis treated by the induction of pneumothorax so as to collapse the lung (Hémorragie traitée par la production d'un pneumothorax), par CAYLEY (*Med. Times, p.* 652, 18 *mai* 1885).

V. — Du traitement local de la pneumonie fibrineuse par les injections intra-parenchymateuses, par R. LÉPINE (*Acad. des Sciences*, 17 *août* 1885).

VI. — Intra-pulmonary injections, with an account of two cases, par Wendell C. PHILLIPS (*New York med. journ.*, 20 *juin* 1885).

I. — Dans ce travail remarquable, l'auteur passe en revue les diverses opérations pratiquées sur le poumon pour diverses affections, discute les indications et contre-indications et apprécie très sagement l'opportunité de l'intervention du chirurgien.

La thèse se divise en trois parties, précédées d'un historique complet de la question :

1° *Pneumectomie* ou résection pulmonaire. Sauf deux ou trois cas cette opération n'a été jusqu'ici qu'une expérience de laboratoire. Krönlein, Weinlechner, Ruggi, ont essayé sans succès la résection du poumon tuberculeux. L'ouverture large de la poitrine pourrait, pense l'auteur, être utile dans certains cas d'hémorragie. On trouvera l'analyse d'une observation ci-dessous.

2° *Pneumotomie* et drainage pulmonaire.

a) Abcès pulmonaires et bronchiectasies simples.

L'indication est tirée le plus ordinairement des données de l'état général, fièvre, adynamie, etc.

Si le diagnostic du siège de l'abcès peut être fait, on peut et l'on doit même pratiquer la pneumotomie. L'existence de plusieurs foyers, si elle n'est pas une contre-indication, doit rendre fort circonspect.

L'absence d'adhérences pleurales doit interdire l'opération ; on se bornera à une ponction évacuatrice.

b) Cavernes tuberculeuses. Les résultats n'ont pas été jusqu'ici bien encourageants ; il est rare qu'une caverne soit unique ; si elle constitue la lésion essentielle et par l'abondance de la suppuration, ou la rétention des produits et la putridité du foyer, menace directement la vie, on est autorisé à intervenir, mais sans espérer autre chose qu'une amélioration passagère.

L'auteur publie deux observations de ce genre inédites.

c) Dans la gangrène, la pneumotomie est indiquée à la période de

sphacèle déliquescent ou d'excavation, réserve faite de la précision du diagnostic comme siège et étendue de la lésion. Sur 13 cas publiés, on a eu 2 améliorations, 5 guérisons, 6 morts.

d. La pneumotomie pour kystes hydatiques a été faite 3 fois, donnant 3 guérisons ; elle doit être pratiquée en dernier ressort, après insuccès des ponctions et injections modificatrices pour les kystes volumineux.

e. Corps étrangers. Un seul cas, une dent tombée dans les bronches ; le corps étranger ne fut pas retrouvé ; il y eut une amélioration légère, mais pas de guérison complète.

L'auteur donne des indications très complètes sur les procédés opératoires à suivre pour ces diverses opérations et publie un résumé de toutes les observations connues (48).

La troisième partie est consacrée à l'étude des injections intra-pulmonaires. (Voy. *R. S. M.*, XXVI, 64.)

II. — Après quelques considérations sur la valeur du drainage et de la résection pulmonaire, l'auteur publie l'observation suivante :

Jeune homme de 28 ans, ayant une caverne au sommet gauche en arrière. Amaigri, épuisé par l'abondance de l'expectoration, mais non tuberculeux. Deux ponctions aspiratrices n'amènent que du sang. En ponctionnant à la partie antérieure, on retire du pus. Incision. Issue d'une grande quantité de pus fétide ; lavages phéniqués, drainage. En moins d'un mois, le malade fut en état de quitter l'hôpital et de venir à la consultation.

La fistule thoracique ne s'oblitéra définitivement qu'au bout d'une année. Le malade avait recouvré sa force, son embonpoint et ne présentait aucune trace de lésion pulmonaire ; on ne trouvait qu'un peu de matité et une cicatrice profonde. A. CARTAZ.

III. — Jeune homme de 20 ans, traité antérieurement pour des adénites cervicales suppurées et dont la mère était tuberculeuse. Le 10 novembre 1884, il se déchargea dans le côté gauche de la poitrine un coup de revolver du calibre de 7 millimètres. Une hémorragie externe avec hémoptysie se déclara : la plaie était dans le quatrième espace intercostal gauche et intéressait la cinquième côte. L'hémorragie fut d'abord combattue par les applications de glace et par l'opium. On reconnut bientôt l'existence d'un pneumohémothorax avec un épanchement occupant les deux tiers de la poitrine. Reconnaissant bientôt l'impossibilité d'arrêter l'hémorragie, l'auteur se résolut à ouvrir le thorax, a évacuer le sang épanché, lier les vaisseaux et réséquer telle portion du poumon qu'il lui semblerait nécessaire. Après consultation des médecins de l'hôpital de Crémone, l'opération fut exécutée : incision de 13 centimètres sur le milieu du troisième espace intercostal en dedans de l'aisselle gauche ; ouverture de la plèvre dans toute l'étendue de la plaie ; le sang sortit de la plèvre en abondance. Introduisant la main dans cette ouverture, l'opérateur saisit l'extrémité antéro-inférieure du lobe supérieur qui avait été perforée par le projectile. Introduisant alors une aiguille armée d'un double fil de catgut, l'opérateur fit deux ligatures et sectionna le lambeau de poumon au dessous du lien. La portion restante du poumon fut alors repoussée dans le thorax. La même opération fut répétée sur un lambeau comprenant l'extrémité antéro-externe du lobe inférieur, contiguë au péricarde et au diaphragme. L'opéré survécut sept jours : on faisait régulièrement le lavage de la plèvre avec une solution de sulfo-phénate de zinc plus ou moins étendue. La mort paraît avoir été consécutive à la pyoémie, on trouva un vaste foyer purulent dorsal communiquant avec la plèvre. — L'auteur insiste sur la manière dont a été tolérée l'opération, malgré la débilité du sujet, sur la facilité

avec laquelle a été obtenue l'hémostase pulmonaire. Il croit l'opération indiquée dans les plaies qui se compliquent ainsi d'hémorragie incoërcible.

F. BALZER.

IV. — Dans un cas d'hémoptysies abondantes et fréquentes mettant en danger la vie du malade, dues probablement à un anévrisme pulmonaire ou à l'ulcération d'un gros vaisseau, Cayley incisa le sixième espace intercostal, pour déterminer un pneumothorax : il espérait arrêter l'hémorragie grâce à la pression de l'air, à la diminution de la circulation dans le poumon en collapsus. L'hémoptysie cessa presque complètement, mais il survint de la pleurésie, de la fièvre, et cinq jours après l'opération, le patient mourut subitement de syncope.

On trouva dans le lobe supérieur une cavité dans laquelle s'ouvrait une artère bronchique : la communication entre le faux anévrisme et la bronche, était fermée, et l'auteur croit que si le malade eût vécu plus longtemps, on eut obtenu une solidification plus complète de l'anévrisme. MAUBRAC.

V. — Si, chez un pneumonique au troisième ou au quatrième jour, on injecte dans la partie hépatisée, au moyen d'une aiguille capillaire, quelques centimètres cubes de solution aqueuse de bichlorure de mercure à 1 pour 40,000, à trois ou quatre places, distantes l'une de l'autre de quelques centimètres, de préférence à la périphérie de la lésion, dans le but d'essayer de la circonscrire (en tout 20 à 25 centimètres cubes, c'est-à-dire une quantité de sublimé absolument inoffensive pour l'individu), on constate : 1° au niveau des injections, la diminution immédiate des râles crépitants et du souffle, qui sont *en partie* remplacés par du silence respiratoire et quelques râles plus gros ; 2° quelques heures plus tard, une exacerbation *passagère* de la température centrale ; 3° le lendemain, un grand amendement de l'état général et notamment une *défervescence précoce ;* 4° ultérieurement, une résolution qui, à en juger par la persistance du souffle, surtout dans les parties hépatisées qui n'ont pas reçu d'injection, ne s'effectue qu'au bout de plusieurs jours, c'est-à-dire au moment où elle aurait eu lieu si la pneumonie avait été abandonnée à sa marche naturelle ou traitée par les moyens ordinaires.

L'innocuité *relative* des injections intrapulmonaires de sublimé, à la dose susdite, dans l'hépatisation rouge, pourvu, bien entendu, qu'on se tienne éloigné des gros vaisseaux du hile et qu'on ne pénètre pas à plus de $0^m,03$ à $0^m,04$ de profondeur dans le poumon, est démontrée par ce fait que l'auteur n'a perdu *aucun* malade et qu'il n'a eu *aucun* accident.

Dans le poumon sain, de telles injections produisent des lésions assez prononcées : si, en effet, on sacrifie un chien deux jours après l'injection intra-pulmonaire de 3 à 4 centimètres cubes d'une solution de sublimé, à la vérité un peu plus concentrée (à 1 pour 30,000), on trouve, au niveau de la piqûre, un point dur (caillot hémorragique) circonscrit, qu'entourent deux zones, la première hémorragique, la seconde œdémato-congestive. A l'examen histologique les alvéoles de la zone hémorragique sont *déformées* et bourrées de globules rouges ; celles de la zone qui semblait simplement affectée de congestion et d'œdème renfermaient des globules rouges, quelques globules blancs, quelques grosses cellules d'origine épithéliale gonflées, et enfin un réseau fibrineux plus ou moins abondant, mais pas d'amas fibrineux. Avec la solution à 1 pour 40,000 les lésions sont notamment moindres.

VI. — L'auteur a essayé deux fois les injections intra-pulmonaires.

Dans le premier cas, la malade, âgée de 50 ans, était mourante, pouls faible, extrémités froides. Comme lésion principale, on trouvait une large caverne au sommet droit.

P... fit une injection de 10 minimes de teinture de Lugol en enfonçant l'aiguille de 1 pouce 1/2 dans le troisième espace intercostal. Au bout de dix minutes, la respiration était plus aisée. La malade put rester étendue et respirer sans trop de gêne jusqu'au moment de la mort qui arriva deux jours plus tard.

Dans l'autre observation, la malade, 50 ans, avait également une grosse caverne au sommet droit. Le 22 janvier, on fait une premiere injection intra-pulmonaire, de teinture de Lugol. La respiration devint plus aisée. L'expectoration diminua. Quatre autres injections, en huit jours, amenèrent un amendement très notable des symptômes et la malade put reprendre ses occupations. A. CARTAZ.

I. — De l'induration des corps caverneux, par TUFFIER (*Ann. des mal. des org. urin., juillet-août* 1885).

II. — Des fractures de la verge simples ou compliquées, par CAMI-DEBAT (*Thèse de Paris, n°* 226, 1885).

III. — Pathology and treatment of stricture of the urethra und urinary fistulæ, par H. THOMPSON (1 *vol. in*-8, *Londres*, 1885).

IV. — Fistules urétrales non urinaires, par RELIQUET (*broch. in*-8, *Paris*, 1885).

V. — Hernie de la vessie inversée à travers une fistule vésico-vaginale, par ŒTTINGER (*Ann. des mal. des org. génito-urin., juillet* 1885).

I. — Rejetant l'opinion de Le Fort, Trélat, Guyon, Monod, Ricord, qui ne voient aucune connexion entre le nodus des corps caverneux et une diathèse quelconque, l'auteur s'appuie sur les observations de 26 malades, sur lesquels il a trouvé 15 goutteux et 11 diabétiques, pour admettre que cette affection est une manifestation arthritique soit du diabète, comme l'ont établi Marchal de Calvi et Verneuil, soit de la goutte, comme le croient les Anglais (Kirby, James Pagett Cameron). Tuffier regarde cette lésion comme liée à un vice de nutrition : elle diffère donc des altérations produites par les traumatismes, l'inflammation et la syphilis.

L'induration des corps caverneux est rare, puisque l'auteur ne l'a rencontrée que 5 fois sur 1,500 vieillards qu'il a examinés et que Ricord l'a seulement constatée une vingtaine de fois dans sa longue pratique. Elle se développe de 50 à 60 ans, très exceptionnellement à un âge moins avancé. La cloison semble être toujours le point de départ du mal, et spécialement à la jonction des deux corps caverneux en avant du pubis ; mais les parois latérales de la gaine fibreuse peuvent être envahies consécutivement. Les théories pathogéniques de Ricord (phlébite plastique spontanée) et de Nélaton (rupture du tissu spongieux et épanchement sanguin) ne seraient donc pas admissibles puisque la dégénérescence n'atteint que l'enveloppe élastique.

Ce nodus se présente presque toujours sous forme de plaque arrondie ou elliptique suivant l'axe du pénis, mesurant 10 à 30 millimètres de long sur 10 millimètres de large ; enchâssée dans la gaine des corps caverneux,

sans saillie à leur surface, cette plaque est lisse et unie à bords réguliers, mousses et nettement limités. Sa consistance est dure, cartilagineuse et parfois même pierreuse. Si elle se trouve accolée aux parties latérales de la gaine, c'est une simple plaque peu épaisse (1 à 2 millimètres), simulant un châton de bague : au contraire, siège-t-elle dans la cloison, c'est un véritable noyau cunéiforme à sommet s'enfonçant entre les deux corps caverneux. Ordinairement uniques, ces nodosités affectent toutes les formes si par hasard elles sont multiples; en tous cas, elles n'offrent jamais aucune adhérence avec la peau du pénis, tandis qu'elles font corps avec l'enveloppe fibreuse ou la cloison.

Les troubles fonctionnels sont nuls à l'état de flaccidité de la verge; ces indurations sont indolentes, même à la pression. L'érection est plus ou moins entravée : la verge se coude, se plie au point malade latéralement, en haut ou en bas, suivant que la lésion siège à la partie latérale, dorsale ou inférieure du pénis. Il existe des altérations compensatrices. Le coït devient difficile, sinon impossible; l'éjaculation est gênée et retardée, et le sperme s'écoule en bavant quand la coudure de la verge cesse par son retour à l'état flasque. — L'évolution est toute spéciale : ce sont des néoformations qui apparaissent chez les vieillards, progressent lentement, n'atteignent qu'un petit volume et restent indéfiniment stationnaires.

Le diagnostic se fait facilement avec les nodosités du cancer, avec les indurations péri-urétrales consécutives à une inflammation et qui sont de véritables rétrécissements blennorragiques, avec celles qui succèdent à un traumatisme, avec les dépôts calcaires, et enfin avec les indurations d'origine syphilitique (gommes tertiaires ou précoces).

Tout traitement médical est inefficace; toute tentative chirurgicale est impossible et pourrait devenir dangereuse (hémorragie, inflammation d'un organe très vasculaire, diathèse diabétique des malades).

35 observations accompagnent ce travail : 22 sont inédites et 13 sont résumées d'après des publications anciennes ou récentes. Sur ces 35 malades, 15 étaient arthritiques, 11 diabétiques, et 9 fois, il n'était pas fait mention de l'état constitutionnel du sujet.

II. — Bien que rigoureusement la dénomination de fracture, appliquée à la verge, dût être réservée aux cas exceptionnels où il existe un os dans l'épaisseur du pénis, l'auteur ne croit pas devoir rompre avec la tradition et accepte ce terme, dont se sont servis jusqu'à présent la plupart des observateurs pour désigner la rupture du fascia du pénis, accompagnée de la désagrégation des mailles du tissu caverneux.

La fracture de la verge ne peut se produire que si cette dernière se trouve en état d'érection complète, si en un mot elle ressemble à un os, tant au point de vue de sa rigidité qu'à celui de sa fragilité. C'est surtout à l'occasion du coït que cette lésion prend naissance.

On doit la soupçonner, dès le début des accidents, si le blessé déclare avoir perçu un craquement sec dans l'intérieur de l'organe. On est en droit d'affirmer son existence, dans la suite, si l'on constate une perte de substance des corps caverneux, s'accompagnant d'une attitude vicieuse de la verge. Enfin, après la guérison, la présence d'une virole solide au niveau du point lésé, la persistance de la déformation du membre donnant

parfois lieu à l'impotence fonctionnelle, fournissent des éléments suffisants au diagnostic.

Cet accident, généralement assez bénin, présente une gravité exceptionnelle dans certaines circonstances, soit par le fait des complications (gangrène, infiltration de sang et d'urine, rupture de l'urètre, etc.), soit à cause des désordres locaux irrémédiables qui peuvent en être la conséquence. La gravité immédiate et consécutive diffère d'ailleurs suivant que la fracture a atteint les deux corps caverneux ou un seul, suivant qu'elle a été complète ou incomplète. De là, plusieurs catégories de fractures de la verge établies par l'auteur.

Quant au traitement, tout puissant tant qu'il s'agit de prévenir les complications ou de combattre leurs effets, il n'est guère apte à modifier la marche de la fracture : de plus, il semble tout à fait incertain, lorsqu'il se propose de remédier à une infirmité consécutive.

III. — C'est la quatrième édition de cet ouvrage, dont la première a paru en 1853 : l'auteur a maintenu son livre au courant des progrès de la pathologie urinaire. Néanmoins, et contrairement à l'usage, cette édition contient une centaine de pages de moins que ses devancières : Thompson prend soin d'expliquer lui-même dans sa préface ce fait qui, au premier abord, pourrait paraître anormal. Il a tout d'abord retranché un certain nombre de pages relatives à des faits qui, à l'époque de la première édition, avaient besoin d'être discutés, mais qui aujourd'hui sont admis sans contestation. Ensuite, il a supprimé complètement les observations, « car dit-il, sa pratique a été assez longue pour que, actuellement, il lui soit permis d'émettre ses opinions sans avoir besoin de les appuyer par des exemples probants, comme doit le faire un débutant ». Par contre, le nombre des gravures a été augmenté dans cette quatrième édition, qui a été entièrement récrite par l'auteur, à seule fin d'en rendre le style plus clair et plus concis.

Après une étude anatomo-physiologique de l'urètre de l'homme, Thompson aborde celle des rétrécissements de ce canal, qu'il classifie et dont il décrit successivement les causes, l'anatomie pathologique, les symptômes et le diagnostic. Quatre chapitres sont consacrés à l'importante question du traitement (dilatation, agents chimiques, urétrotomies interne et externe). Ensuite sont étudiées les complications des rétrécissements, c'est-à-dire la rétention d'urine, les abcès urineux et les fistules, la fièvre urineuse dans ses rapports avec les strictures urétrales...

L'ouvrage se termine par un chapitre consacré aux rétrécissements de l'urètre chez la femme.

IV. — Il existe, d'après Reliquet qui en rapporte 7 observations, des trajets fistuleux consécutifs à des abcès péri-urétraux, trajets qui permettent au liquide injecté par l'orifice cutané de pénétrer dans le canal, sans que l'urine passe de l'urètre vers la peau.

L'abcès initial siège ordinairement dans une des glandes de Cowper ou parfois dans une autre glande périphérique située en avant des bourses. Dans quelques cas, l'abcès glandulaire s'ouvre non pas à la peau, mais dans le rectum.

Le trajet de ces fistules est toujours composé de deux sections : la première, allant de la glande à l'extérieur (ou au rectum), c'est la fistule

glandulaire proprement dite ; la seconde, allant de la glande à l'urètre, n'est autre que le canal excréteur de la glande.

Ce canal excréteur, en raison de sa disposition anatomique, de sa façon de traverser la paroi de l'urètre et de s'ouvrir dans la cavité de ce canal, permet au produit de sécrétion de la glande d'arriver dans l'urètre, mais ne laisse pas l'urine s'engager dans le conduit glandulaire. Ce serait là un mécanisme normal.

Par des injections fréquentes de solutions boriquée ou phéniquée, poussées par l'orifice externe de la fistule, on maintient perméable le canal excréteur de la glande, la sécrétion trouve ainsi son libre et normal écoulement vers l'urètre. Des pansements appropriés déterminent la cicatrisation assez prompte du trajet glandulo-cutané.

Bien qu'ordinairement l'urine ne passe pas par ces fistules (auxquelles par conséquent Reliquet refuse la dénomination d'*urinaires*), elle y pénètre cependant quelquefois et y dépose des sels, qui à la longue constituent de petits graviers enkystés.

V — Une femme de 83 ans entre dans le service de Lancereaux avec des phénomènes généraux graves (œdème des membres inférieurs, langue sèche et fuligineuse, abdomen météorisé, température de 38°,5). A la vulve, apparaît une tumeur, du volume des deux poings, rougeâtre, légèrement sphacélée, irréductible et très douloureuse à la pression : incontinence d'urine depuis l'âge de 21 ans, époque à laquelle la malade accoucha pour la première et unique fois. A la suite d'une application de forceps, elle aurait eu une fistule vésico-vaginale, qui fut opérée à plusieurs reprises et sans succès par Lisfranc. Mort au bout de six semaines.

A l'autopsie, on trouve la vessie inversée et retournée en doigt de gant, qui constitue vers la cavité abdominale une poche tapissée de péritoine, véritable sac herniaire anté-utérin, et dans le vagin la tumeur revêtue de muqueuse vesicale en partie sphacélée qu'on apercevait à la vulve durant la vie. L'urètre, perméable dans son trajet antérieur, n'offre pas d'orifice postérieur et se termine en cul-de-sac. — Les uretères, s'ouvrant à la surface de la masse herniée dans le vagin, sont très dilatés, ainsi que les bassinets, enflammmés, rougeâtres et distendus par une urine purulente. — Reins légèrement atrophiés, surtout dans leur couche corticale ; pas d'abcès dans leur parenchyme. R. JAMIN.

I. — De l'appareil urinaire des vieillards (Etude anatomo-pathologique et clinique), par P.-E. LAUNOIS (*Thèse de Paris*, n° 126, 1885).

II. — Du rôle de la congestion dans les maladies des voies urinaires, par TUFFIER (*Thèse de Paris*, n° 130, 1885).

III. — Zur Diagnostik der Tuberkulose des Harnapparates (Tuberculose urinaire), par IRSAI (*Wien. med. Presse*, n° 36, 1884).

IV. — Recherche des bacilles dans la tuberculose urinaire, par de GENNES (*Ann. des mal. des org. génito-urin., septembre* 1885).

I. — Laissant de côté les altérations séniles de l'urètre, l'auteur étudie successivement celles du rein, de la vessie et de la prostate et précise l'état de déchéance anatomo-physiologique de ces organes et les phénomènes cliniques qui en sont la conséquence. A l'aide de nombreux examens histologiques, Launois démontre que la lésion primordiale est l'artério-sclérose.

Ainsi, d'après ses recherches microscopiques, la sclérose du rein sénile, ayant pour point de départ le processus irritatif chronique, atteint d'abord le système vasculaire (vaisseaux et glomérules) et s'étend ensuite au parenchyme de l'organe. Puis viennent les modifications de structure des calices, du bassinet et de l'uretère.

Avec la sclérose des parois de la vessie, sont décrites les colonnes vésicales, leurs dispositions macroscopiques, leur mode de formation, les hernies de la muqueuse au travers d'elles et la structure intime des cellules ou poches vésicales. Étant données ces altérations dystrophiques de ses parois, la vessie du vieillard devient moins contractile et se trouve par là-même plus prédisposée aux lésions inflammatoires.

Quant à la prostate, l'auteur a pu, grâce au microscope, rechercher sur des coupes embrassant la glande dans toute son étendue, la disposition des divers éléments qui entrent dans sa constitution, leurs rapports réciproques et les modifications qu'ils subissent aux différents âges. Cette étude de l'évolution de la prostate lui permet d'arriver à la description des lésions de l'hypertrophie totale de la glande. Ici encore les altérations vasculaires expliquent les troubles de nutrition rencontrés dans la plupart des examens histologiques. Le développement du tissu conjonctif constitue une véritable sclérose dystrophique qui évolue en même temps que les lésions des vaisseaux et se trouve probablement sous leur dépendance. La clinique d'ailleurs est d'accord avec les constatations anatomo-pathologiques et montre que tous les prostatiques sont athéromateux.

Un certain nombre de déductions cliniques découlent naturellement de ces données. C'est ainsi que, groupant les principaux symptômes observés chez les prostatiques, l'auteur expose comment ils lui semblent subordonnés à deux grands facteurs, la sclérose et la congestion.

Le mémoire de Launois se termine par une étude de thérapeutique où sont posées les règles d'hygiène générale et locale que doivent observer les prostatiques ; les indications et les contre-indications du cathétérisme, ainsi que la question de l'intervention chirurgicale, quand la prostate hypertrophiée vient faire saillie dans la cavité vésicale. Si jusqu'à présent on a pu, dans quelques cas, enlever par la taille périnéale le lobe moyen hypertrophié, sans aucun accident grave et avec des résultats assez satisfaisants, néanmoins, procédant par induction, l'auteur formule les indications de l'intervention par la voie hypogastrique et énumère les résultats que l'on est en droit d'en attendre.

II. — La richesse vasculaire et les propriétés physiologiques de l'appareil urinaire chez l'homme le rendent susceptible de congestion pathologique, laquelle joue un rôle de premier ordre dans la symptomatologie et les complications des maladies de cet appareil.

Dans le rein, les phénomènes congestifs se traduisent par de la polyurie et exceptionnellement par de l'hématurie. Si le rein est normal, il ne se produit aucune complication ; s'il est déjà altéré par une néphrite interstitielle, ce qui est la règle chez les urinaires, la néphrite suppurée peut en être la conséquence. Cette congestion rénale prend d'ailleurs son point de départ dans un réflexe parti, soit de la périphérie (refroidissement), soit des voies inférieures de l'urine. Et, au premier rang on doit

placer, à ce point de vue, la distension vésicale qui entretient une vascularisation exagérée du rein.

Les affections de la vessie sont susceptibles d'accès congestifs, qui provoquent l'apparition de symptômes spéciaux à ces maladies. — L'hématurie des néoplasmes vésicaux n'est qu'un phénomène de congestion, qu'on rencontre aussi bien avec une tumeur bénigne et non ulcérée qu'avec une tumeur maligne et ulcérée. Du reste, l'apparition brusque de ce symptôme, sa disparition sans cause, sa cessation complète à la suite de la taille hypogastrique, la faible hémorragie qui suit l'extirpation et le raclage de ces tumeurs, prouvent que les abondantes hématuries qui les accompagnent reconnaissent une cause physiologique et non une disposition anatomique. — Dans la cystite tuberculeuse, l'hématurie est également de nature congestive la plupart du temps, et peut être rapprochée de l'hémoptysie de la tuberculose pulmonaire : les contractions incessantes de la vessie l'entretiennent, la boutonnière périnéale qui empêche celles-ci la supprime généralement. — Les cystites ont souvent une origine congestive; la distension vésicale sert alors fréquemment d'intermédiaire entre la congestion et l'inflammation. Le premier but de la thérapeutique de ces accidents doit donc être de supprimer la distension par un cathétérisme méthodique.

Dans l'hypertrophie de la prostate, le rôle de la congestion est capital; non pas que celle-ci puisse engendrer de toutes pièces cette affection prostatique, mais parce que la glande devient le siège d'accès congestifs manifestes lorsque le développement exagéré de l'organe est constitué. Ces accès sont souvent les seuls symptômes de la première période (période des symptômes dynamiques), caractérisée par la fréquence nocturne des mictions sans rétentions : alors même que la glande est peu développée, ces crises congestives peuvent se manifester et constituer un véritable état prostatique sans hypertrophie. Dans la deuxième période (stagnation de l'urine), la congestion n'a qu'une influence secondaire : c'est la lésion mécanique qui domine la scène ; mais cette stagnation détermine, par action réflexe, une congestion rénale se traduisant par de la polyurie.

La dilatation vasculaire chronique altère peu à peu la parenchyme rénal et favorise l'éclosion d'une néphrite chirurgicale. Les complications de l'hypertrophie prostatique relèvent presque toutes des accès congestifs. La rétention complète et aiguë d'urine reconnaît cette origine : les hémorragies qui l'accompagnent et le développement exagéré de la prostate en ce moment en sont des preuves. Les hématuries traumatiques ou spontanées sont augmentées par l'état congestif antécédent.

Les cystites qui surviennent si fréquemment chez les prostatiques sont dues à une congestion spontanée ou provoquée par la déplétion trop rapide du contenu de la vessie. Quant aux néphrites, elles sont préparées par la dilatation vasculaire chronique du rein, et il suffit de la moindre inflammation vésicale pour en déterminer l'éclosion. En somme chez les prostatiques, la glande hypertrophiée, la vessie et le rein sont congestionnés chroniquement et sont ainsi en imminence de phlegmasie ; dès que l'un des trois organes de la triade urinaire vient à s'enflammer, les autres subissent le même sort, d'où les accidents graves et souvent ultimes de la maladie.

Chez la femme, le rôle de la congestion dans les maladies des voies urinaires est fort important, car la solidarité vasculaire de l'utérus et de la vessie prédispose cette dernière à toutes les congestions dont la matrice est normalement le siège à chaque menstruation et à chaque grossesse : les affections vésicales de la femme en sont ainsi singulièrement aggravées. R. JAMIN.

III. — Voici deux cas où la tuberculose ordinaire a pu être affirmée le jour où les bacilles ont apparu dans l'urine :

1° — Femme de 35 ans, mère de quatre enfants, a eu pendant quinze jours des hématuries quelques semaines avant d'entrer à l'hopital. Elle a l'apparence d'une cachectique ; les jambes sont œdématiées. L'auscultation ne révèle que des râles de bronchite. En examinant l'urine, qui est abondante, on y trouve du pus, du sang, des cellules épithéliales venant des calices et de la vessie. Huit jours après le premier examen, on trouve dans l'urine une grande quantité de bacilles de Koch. La tuberculose des organes urinaires est donc ndubitable. Mort au bout de deux semaines. A l'autopsie : tubercules de la vessie, de l'uretère et du rein gauche; hydronéphrose à droite. Tubercules pulmonaires.

2° — Homme de 50 ans, entrant le 13 janvier avec des signes très nets aux deux sommets et quelques bacilles dans les crachats. L'urine est rare, trouble, purulente. Le 27 janvier on y trouve des bacilles. Mort le 20 février. Cavernes pulmonaires, ulcérations laryngées; urétrite, cystite, pyélonéphrite tuberculeuses ; tubercules de la prostate. L. GAILLARD.

IV. — La découverte des bacilles tuberculeux dans l'urine est difficile, parce que : 1° les lésions tuberculeuses restent souvent pendant assez longtemps peu étendues et peu profondes, en sorte que les foyers ne s'ouvrent pas et ne déversent pas leur contenu bacillaire dans l'urine ; 2° la dilution des bacilles dans le liquide urinaire est excessive, tandis que, dans un crachat, les organismes inférieurs sont groupés et fixés dans la matière glutineuse.

De là une première cause d'erreur : on peut ne pas trouver tout d'abord de bacilles dans l'urine, alors que cependant le malade a de la tuberculose urinaire. Mais, par contre, on peut faire l'erreur inverse et, à un examen un peu superficiel, prendre pour des bacilles quelques-unes des nombreuses bactéries qui pullulent dans certaines urines altérées. Pour éviter autant que possible cette confusion, il faut pousser plus loin que d'ordinaire la décoloration des lamelles par l'acide nitrique. En outre, il est bon de décanter avec une pipette ou un siphon l'urine qu'on aura laissée reposer durant plusieurs heures et de n'examiner que le dépôt resté au fond du vase.

Même avec ces précautions, et après avoir préparé et examiné avec le plus grand soin un grand nombre de lamelles, il est rare d'arriver à constater la présence de plus de deux ou trois bacilles.

Chez cinq malades de Guyon, de Gennes a rencontré des bacilles dans l'urine, alors que leur cystite ne s'accompagnait d'aucune manifestation tuberculeuse du côté de la prostate, des épididymes, du poumon, ce qui a permis d'établir le diagnostic exact et anatomo-pathologique de ces cas-limites (Guyon), les données de la clinique étant insuffisantes.

En somme, dans la tuberculose urinaire comme dans celle du poumon, la recherche des bacilles peut rendre de très grands services : si l'on ne trouve rien, on n'est pas autorisé toutefois à dire qu'il n'y a pas de

tubercule; mais, la présence d'un seul bacille, nettement constatée, suffit pour affirmer sans restriction le diagnostic. R. JAMIN.

I. — Traitement des cystalgies chez la femme par la dilatation forcée et rapide de l'urètre, par Ch. MONOD et H. GAUTHIER (*Ann. des mal. des org. génito-urin., mai-juin* 1885).

II. — Hydatids passed with the urine, par Mc LAREN (*Pathol. Soc. of Philad.; Med. news*, 1er *août* 1885).

III. — Position des corps étrangers de forme allongée dans la vessie, par L. HENRIET (*Ann. des mal. des org. génito-urin., juillet* 1885).

IV. — On the cause and distribution of calculous disease, par PLOWRIGHT (*Med. Times, p.* 491, 10 *octobre* 1885).

V. — Résultats comparés de la taille hypogastrique et de la lithotritie, par P. BARLAND (*Thèse de Paris, n°* 323, 1885).

VI. — De la taille hypogastrique chez les enfants, par Ch. DANHIEZ (*Thèse de Lille, n°* 6, 1885).

VII. — Tumeur volumineuse de la vessie, opérée et guérie par la taille hypogastrique, par F. GUYON (*Bullet. de l'Ac. de méd. XIV, n°* 36).

VIII. — Sarcoma vesicæ urinariæ (Kasuisticher Beitrag zur Frage der Exstirpation von Gechwülsten der Harnblase per Vaginam (Contribution à l'étude de l'extirpation des tumeurs de la vessie par le vagin), par SCHLEGTENDAL (*Centralbl. f. Gynæk., p.* 385, 1885).

IX. — Considérations sur 34 opérations récentes d'extirpation de tumeurs de la vessie, par A. POUSSON (*Ann. des mal. des org. génito-urin., septembre* 1885).

I. — Quand la cystalgie est sous la dépendance d'une affection de l'urètre, la dilatation forcée constitue une précieuse ressource, car en même temps qu'elle agit sur l'élément spasmodique et douloureux, elle permet d'atteindre la lésion (néoplasme ou fissure) qui a provoqué et entretient la cystalgie. D'ailleurs, l'ablation des tumeurs, sans dilatation concomitante du canal, ne suffit pas toujours à faire cesser le spasme.

Dans les affections néoplasiques de la vessie, la dilatation urétrale peut tout au plus amener un soulagement momentané de la douleur : celle-ci reparaîtra bientôt, car la lésion persiste. Le traumatisme opératoire risquant de hâter la marche progressive du mal, la dilatation ne devra donc avoir d'autre objet, en pareil cas, que le diagnostic et l'ablation de la tumeur.

Lorsqu'il s'agit d'une cystite simple, mais très douloureuse, après avoir épuisé les moyens médicaux ordinaires, et avant de recourir comme ressource extrême à l'établissement d'une fistule vésico-vaginale, il est sage de s'adresser à la dilatation forcée qui procure parfois des soulagements inespérés. En effet, souvent les douleurs disparaissent et l'état inflammatoire de la muqueuse s'amende, grâce sans doute au repos relatif que l'on procure à l'organe. Certaines réserves expresses doivent être posées, quant à présent du moins, en ce qui concerne la cystite tuberculeuse.

C'est surtout contre les états désignés sous le nom de vessie irritable

(*irritable bladder*) que la dilatation forcée est véritablement efficace. Que la cystalgie soit sous la dépendance d'une fissure du col, d'une lésion de l'utérus, du vagin, du rectum ou de l'anus, ou bien qu'elle paraisse idiopathique, la dilatation forcée et rapide de l'urètre amènera le plus souvent la disparition des douleurs et du spasme. R. JAMIN.

II. — Homme de 58 ans, ancien boucher. Bonne santé jusque il y a 4 ans où il eut une violente colique néphrétique. Deux ans de calme complet; nouvelle colique le retenant au lit plusieurs semaines. Après guérison il avait pu reprendre ses occupations, lorsqu'il sentit de la douleur dans les reins, la vessie, le gland, et il fut surpris de rendre, en urinant, des masses gélatineuses.

L'expulsion de ces membranes, qu'on reconnut être des hydatides et qui le soulageait beaucoup, dura près de 4 semaines. On n'avait pas trouvé de tumeur rénale. Sa santé se rétablit complètement. A. C.

III. — D'une série de recherches expérimentales, l'auteur conclut par les propositions suivantes, dont Guyon a vérifié et reconnu cliniquement l'exactitude :

Les corps étrangers de forme allongée, introduits dans la vessie, tendent d'une façon générale à y prendre une position transversale ; ce qui s'explique par la constance du diamètre correspondant.

Cependant, lorsque la vessie est très distendue, le corps étranger peut y prendre toutes les positions, de telle sorte que sa direction, indéterminée et variable avec les mouvements de l'organe, ne peut plus être prévue.

Quand la longueur du corps étranger excède 8 à 9 centimètres et qu'il est suffisamment rigide ou résistant pour ne pouvoir s'accommoder à toutes ces positions, il ne peut prendre place que dans une vessie plus ou moins remplie, et se loge suivant un des diamètres vertical ou oblique.

Lorsqu'ils sont de dimension moyenne et susceptibles de s'accommoder à tous les diamètres, les corps étrangers peuvent flotter dans la vessie pleine de liquide, si toutefois leur poids spécifique le leur permet. Mais les corps creux, tels que les bouts de sonde, etc., occupent toujours le fond de l'organe. R. JAMIN.

IV. — Étudiant les causes qui influencent le mode de répartition des calculs, l'auteur conclut :

Dans le district de Norfolk (Marshland), les calculs sont très rares car l'eau y contient beaucoup de sel. La maladie est rare chez les marins qui consomment beaucoup de sel ; très commune, au contraire, chez les enfants pauvres dont la nourriture contient peu de sel, ce qui n'est point le cas chez les enfants plus riches.

La présence du sel augmente grandement la solubilité de l'acide urique : sa consommation augmente la soif, entraîne ainsi un passage de liquide abondant dans les voies urinaires et diminue les chances de calcul. Le sel tient également diffusées les substances colloïdes, et empêche les substances cristalloïdes de s'agglomérer en calcul.

En conséquence, on recommandera une large consommation de sel à ceux que menace la maladie calculeuse. Pour l'enfant à la mamelle, on donnera à la mère une alimentation salée : on sait que le chlorure de sodium passe rapidement dans le lait. MAUBRAC.

V. — D'un grand nombre de faits tirés de la pratique de Guyon, l'auteur conclut que :

1° La lithotritie, dans la grande majorité des cas, est préférable à la taille hypogastrique;

2° Elle doit toujours être tentée avant d'en arriver à la taille;

3° La suture vésicale doit être abandonnée jusqu'à ce qu'on puisse la faire complète et absolue;

4° Dans les cas d'hyperexcitabilité vésicale, on devra toujours, surtout chez les jeunes gens, prendre les plus grandes précautions dans le ballonnement de la vessie et craindre sa rupture.

VI. — Chez les enfants, la taille hypogastrique est une excellente opération qui n'a donné que des succès dans les cas publiés jusqu'à ce jour, et notamment dans quatre observations inédites de Paquet (de Lille), qui servent de base à ce travail.

Contrairement à l'opinion de Tillaux, la taille hypogastrique chez l'enfant a toujours paru à Danhiez d'une exécution facile; elle semble beaucoup moins grave que les tailles périnéales, puisqu'elle n'expose ni à l'hémorragie, ni au choc opératoire; elle facilite plus que dans ces dernières l'antisepsie et met ainsi à l'abri des complications graves de la cystotomie. R. JAMIN.

VII. — Il s'agit d'un homme de 59 ans, d'une forte constitution, sans antécédents héréditaires, qui fut pris tout à coup, en 1874, de besoins fréquents et impérieux d'uriner, puis d'hématuries qui allèrent en augmentant de fréquence jusqu'à se répéter deux fois par mois en 1877.

En avril 1878, après une émission d'urine très claire, le malade rejeta avec les dernières gouttes une substance d'un gris rose pâle, grosse comme un fort pois, dans laquelle l'examen histologique révéla l'existence des cellules épithéliales du bas-fond de la vessie et de nombreux vaisseaux.

Lorsque Guyon le vit pour la première fois, la vessie paraissait distendue, et cependant elle ne contenait que 100 grammes d'urine environ; et après l'expulsion de cette urine elle se sentait encore à trois travers de doigt au-dessus de l'ombilic; la prostate n'était pas hypertrophiée. Le cathétérisme indiquait que la tumeur commençait auprès du col, et qu'elle avait pris son expansion dans la cavité vésicale.

L'opération eut lieu quelques jours plus tard. Dès que la paroi vésicale eut été incisée, la tumeur fut reconnue avec le doigt. Elle remplissait la vessie, mais son implantation était unique et sur le trigone. Sa friabilité permit de l'extraire par fragments. La surface d'implantation fut grattée avec une curette, puis cautérisée avec le thermo-cautère à trois reprises différentes. Les suites de l'opération furent des plus simples, et au bout d'un mois le malade retournait dans son pays.

La tumeur pesait 160 grammes. Un nouvel examen histologique prouva qu'il s'agissait bien d'un papillome, ainsi que l'avaient déjà démontré les examens antérieurs.

L'auteur fait suivre cette observation de la relation sommaire de quatre autres cas dans lesquels il a pratiqué la taille hypogastrique, soit pour des néoplasmes, soit pour des cystites chroniques. GASTON DECAISNE.

VIII. — Femme de 42 ans, chez laquelle, peu après sa dernière grossesse, étaient apparus des troubles de la miction.

Au mois de mai de la même année les urines étaient devenues ammoniacales. Incontinence complète.

Examen sous le chloroforme.

L'urètre admet du premier coup dans son intérieur le plus fort spéculum de Simon, et le doigt introduit laisse reconnaître à la partie inférieure de la vessie, au niveau de la masse dure qu'on perçoit dans le cul-de-sac antérieur,

une grosse tumeur qui paraît remplir toute la vessie. Le doigt circonscrit bien la tumeur sur les côtés, et arrive sur un pédicule court et moyennement épais qui paraît s'insérer quelque part entre les embouchures des uretères; mais en arrière et en haut il était impossible de limiter la tumeur à cause de son grand développement. Le toucher vésical et vaginal combinés permettent de reconnaître que le plancher vésical était tout à fait libre autour du pédicule. Diagnostic : grosse tumeur insérée à la paroi vésicale postérieure probablement fibreuse, étant donnée sa dureté. Cystite secondaire.

Opération le 1er mai. La cloison vésico-vaginale est incisée sur le doigt introduit dans l'urètre dans une étendue de plus de 5 centimètrés à partir du cul-de-sac supérieur ; la tumeur apparaît alors, et elle est de consistance assez ferme. Le pédicule répond à l'extrémité supérieure de la plaie opératoire; il est entouré par une forte ligature en soie. Morcellement. Hémorragie peu considérable par le bord de la plaie opératoire à un certain moment; rupture spontanée du pédicule sous le poids de la tumeur. Lavages. Le fil qui entourait le pédicule est alors ramené par l'urètre; suture de la plaie avec 4 gros et 7 petits fils de soie. Après cette suture, une injection faite dans la vessie ne passe plus dans le vagin. Tampon iodoformé dans le vagin.

Le 19 mai, la malade pouvait se lever.

L'examen microscopique de la tumeur montra qu'il s'agissait d'un sarcome fuso-cellulaire type. Son poids était de 148 grammes. P. BERTHOD.

IX. — Aux 72 opérations relatées dans sa thèse inaugurale de 1884, Pousson en ajoute 34 nouvelles. La première série avait donné 45 guérisons et 27 morts ; celle-ci donne 20 guérisons, 9 morts et 5 résultats inconnus. En outre, l'auteur insiste sur deux points qu'il n'avait pas signalés et qui ont tous deux une haute importance, puisqu'ils plaident l'un et l'autre en faveur de l'intervention. Ce sont : 1° la multiplicité fréquente des néoplasmes vésicaux; 2° la transformation possible des tumeurs bénignes en tumeurs malignes.

Au point de vue de leur mode d'insertion, ces tumeurs, qui siègent pour la plupart dans l'hémisphère inférieur de la vessie, peuvent se diviser en : 1° tumeurs *infiltrées*; 2° tumeurs *sessiles*; 3° tumeurs *pédiculées;* ces dernières étant tantôt *solitaires*, tantôt *multiples* ou *disséminées*.

Contrairement à son opinion première, qui regardait comme facultative seulement l'extirpation des tumeurs petites, pédiculées et ne donnant lieu à aucun accident important, l'auteur croit qu'il y a avantage à les enlever sans tarder, puisqu'elles sont souvent multiples et qu'elles peuvent dégénérer.

Le travail se termine par l'exposé des récents perfectionnements opératoires apportés par Guyon à l'ablation des tumeurs vésicales par la voie hypogastrique. Aujourd'hui, par un trajet court et facilement maintenu béant (anses de fil, spéculum Bazy), les doigts du chirurgien pénètrent librement dans la vessie qu'ils explorent dans ses moindres anfractuosités sans fatigue, ni effort; les instruments d'exérèse, les plus variés et les plus commodes suivant les cas : serre-nœuds, curettes, ciseaux courbes, voire même thermo-cautère et galvano-cautère, les accompagnent et sont sûrement dirigés par eux ; enfin, le regard lui-même peut plonger dans la cavité de l'organe et la vue révéler ce qui aurait échappé au toucher.

Suit le résumé des 34 nouvelles opérations d'extirpation de tumeurs vésicales (26 chez l'homme et 8 chez la femme). R. JAMIN.

I. — Ueber Nierenexstirpation, par BILLROTH (*Wiener med. Woch.*, 1884).

II. — Remarks on extirpation of the kidney, par Robert-F. WEIR (*Med. news*, 27 *décembre* 1884).

III. — Néphrectomie, par Vincenzo DANILLO (*Gazz. degli Ospit.*, 25 *mars* 1885).

IV. — A successfull case of nephrectomy, par R.-G. BOGUE (*Chicago med. Soc.*, 15 *juin* 1885).

V. — Nephrectomy in infants, par GODLEE (*Brit. med. journ.*, 1er *novembre* 1884).

VI. — Sur une opération de néphrectomie, par POLAILLON (*Bull. Acad. de méd.*, 5 *mai* 1885).

VII. — Ablation d'un rein volumineux, par PÉAN (*Gaz. des hôp.*, *avril* 1885).

VIII. — Tuberculous kidney and bladder; nephrotomy, cystotomy and nephrectomy, par A. WRIGHT (*Brit. med. Journ.*, *p.* 428, *février* 1885).

IX. — Exstirpation eines Nierenadenoms (Adénome du rein; extirpation), par ALBERT (*Soc. des méd. de Vienne*, 13 *février* 1885).

X. — Successful removal of two solid circumrenal tumours (Ablation de deux tumeurs périnénales), par Spencer WELLS (*Brit. med. journ.*, *p.* 758, *avril* 1884).

XI. — A case of excision of one enlarged cancerous kidney (Ablation d'un rein cancéreux), par Spencer WELLS (*Med. Chir. Transact. LXVI, p.* 305).

XII. — Papillom der Blase; Medianschnitt (Taille pour un papillome vésical), par HOFMOKL (*Soc. des méd. de Vienne*, 9 *janvier* 1885).

XIII. — Removal of tumours of the bladder, par STEIN (*Med. Record, New York*, 15 *mars* 1885).

XIV. — Prostatahypertrophie, Decapitation des mittleren Lappens (Excision d'un lobe prostatipüe), par DITTEL (*Soc. des méd. de Vienne*, 20 *février* 1885).

I. — Il y a 15 ans que Simon opéra, le premier, une extirpation de rein et depuis cette époque jusqu'à maintenant on compte 150 opérations semblables.

Sur 132 extirpations, on compte 70 guérisons et 62 morts (47 0/0). Pour bien juger de cette opération, il faut examiner les indications qui l'ont décidée jusqu'à ce jour, parce que c'est d'elles principalement que dépend le résultat.

En éliminant d'abord les extirpations occasionnelles, celles où les reins sont trop adhérents aux tumeurs qu'on veut enlever, l'auteur classe les indications suivant que le rein est sain ou malade.

1° Pour l'extirpation d'un rein sain il y a eu jusqu'à maintenant 3 indications.

a) Extirpation d'un rein par suite d'une lésion des parois abdominales, on compte 3 succès sur 3 cas.

b) Pour cause de fistule incurable de l'uretère, 9 cas dont 6 guérisons et 3 morts.

c) Extirpation d'un rein flottant qui détermine parfois des douleurs gastriques, des troubles nutritifs et des symptômes nerveux très pénibles. Des 14 opérés, il y a eu 8 guérisons et 6 morts (inanition ou péritonite). 12 reins ont été extirpés par laparotomie, 2 par voie lombaire.

2° Trois maladies rénales ont nécessité l'extirpation de cet organe ; ce sont la pyonéphrose, l'hydronéphrose et les tumeurs.

a) La pyonéphrose (calculeuse, abcès périnéphrétiques) entre dans la statistique pour 40 opérations dont 22 guérisons et 18 morts.

Souvent les deux reins sont affectés en même temps de pyonéphrose, c'est pourquoi Czerny préfère ouvrir l'abcès rénal diagnostiqué du côté des lombes et établir ainsi une fistule urinaire ; si ensuite la vessie ne contient plus de pus, le second rein sera sain et l'on pourra procéder à l'extirpation du premier.

b) L'hydronéphrose n'est pas une indication de l'extirpation rénale, mais elle a été neuf fois suivie de cette opération, à cause de la difficulté que présente le diagnostic. On compte 6 guérisons et 3 morts.

c) Les tumeurs du rein ont motivé 33 fois son extirpation et l'on compte 20 morts et 13 guérisons. Sur ce nombre l'auteur a deux opérations heureuses dont l'une par laparotomie et l'autre par lombotomie.

M. SCHACHMANN.

II. — 1° Femme de 26 ans, entrée à l'hôpital pour une tumeur de la région lombaire. Sept ans auparavant, cystite grave et rebelle, pour la cure de laquelle on pratiqua une fistule vésico-vaginale ; au bout d'un an, la cystite semblait guérie, la fistule fut fermée. Six mois plus tard on était obligé de l'ouvrir à nouveau. Les douleurs devenaient de plus en plus violentes ; plusieurs explorations ne firent trouver de calculs ni dans la vessie, ni dans les uretères (qui furent cathétérisés par Peters).

Quand la malade entra dans le service de Weir, on pouvait constater une tumeur lombaire volumineuse ; on crut à une pyonéphrose. La ponction n'ayant donné aucun résultat, la vessie ne présentant toujours pas de calcul et le cathétérisme des uretères ayant permis de reconnaître que l'urine du côté gauche était claire et normale, tandis que celle du côté malade était purulente, on décida d'opérer. C'était la 23e fois qu'on anesthésiait la malade. Il s'agissait d'une néphrite suppurée avec plusieurs cavités abcédées ; la néphrotomie fut repoussée comme insuffisante et l'on fit l'ablation du rein. La section du pédicule fut suivie d'une hémorragie veineuse abondante ; le collapsus fut tel qu'on dut recourir à la ligature des membres avec le tube d'Esmarch et à deux transfusions salines. Mort dix heures après l'opération.

L'hémorragie provenait d'une veine de fort calibre, un centimètre et demi au-dessus de la ligature du pédicule. Le rein opposé était sain, un peu plus volumineux.

2° La seconde observation a trait à une néphrotomie avec drainage pour un abcès du rein, suite de contusions, chez une jeune femme de 26 ans. Guérison parfaite.

Weir a pu rassembler 152 cas de néphrectomie, donnant une mortalité de 76. La statistique de Harris (*American journ.*, juillet 1882) ; portait sur 100 cas ; celle de Billroth, sur 132 ; celle de Gross, sur 143. (Voy. *Nouvelle statistique de Gross*, page 304.)

La néphrectomie, d'après les relevés de Weir, a été faite 5 fois pour des plaies ou déchirures (2 morts) ; 9 fois pour des fistules urétrales utérines, vaginales ou externes, 2 morts ; 16 fois pour des reins flottants, 6 morts. La néphrectomie ne sera plus guère employée pour le rein mobile ; la néphrorraphie, déjà pratiquée 16 fois, n'a donné qu'une mort et encore imputable à l'opérateur.

La néphrectomie a été faite 21 fois pour des hydronéphroses (12 morts) ;

32 fois pour des tumeurs (18 cas de sarcome, 8 carcimones, 1 adénome, 1 fibrome, 3 cas de nature douteuse); 22 morts; enfin 58 fois pour des abcès du rein ou perinéaux, 27 morts. Sur ces dernières opérations, 16 avaient été faites par incision abdominale (10 morts), 42 par incision lombaire (17 morts).

Weir regarde l'extirpation du rein comme contre-indiquée dans l'hydronéphrose, où l'incision est préférable, dans les reins flottants, où l'on doit préférer la néphrorraphie. Elle doit être d'une application fort restreinte et selon lui, presque réservée aux suppurations rénales que la néphrotomie a été impuissante à guérir. Enfin, quand l'extirpation est nécessaire, on doit préférer l'incision lombaire à la laparotomie, ne réservant cette dernière méthode qu'aux très volumineuses tumeurs.

III. — L'opération fut faite pour une pyélo-néphrite qui avait déjà été traitée par la ponction à huit reprises, donnant chaque fois quatre pintes de pus. Les parois du kyste étaient adhérentes aux muscles lombaires, au diaphragme et au péritoine. Pour dégager complètement le rein, on dut d'abord vider la poche avec l'aspirateur de Potain et réséquer ensuite la 12[e] côte. Guérison rapide. A. C.

IV. — Relation d'une extirpation du rein suivie de succès chez une femme de 36 ans, pour une pyélo-néphrite suppurée.

V. — Observation de néphrectomie pour un sarcome chez un petit enfant de 22 mois. L'opération fut simple, sans difficulté, la guérison rapide. Mais, six mois plus tard il y avait récidive dans la fosse iliaque droite et l'enfant mourait quelque temps après.

VI. — Femme de 27 ans, entrée à l'hôpital pour une tumeur lombaire que Chauffard reconnut pour une hydronéphrose. Deux ponctions à quatre jours de distance évacuèrent chacune 200 grammes d'un liquide urineux et chargé de pus. L'injection dans la poche de un gramme d'une solution de fuchsine donna à l'urine une coloration rouge. Les ponctions n'amenant qu'un soulagement passager, la fièvre continuant, on décida l'intervention. Incision verticale lombaire, complétée dans le cours de l'opération par une incision horizontale de 6 centimètres pour se donner du jour. Le rein s'étendait de la voute du diaphragme jusqu'au détroit supérieur du bassin. La poche se déchire dans les tentatives de ligature du hile; il s'écoule une quantité de pus et d'urine; on retire en même temps deux gros calculs et le rein étant attiré au dehors, on lie facilement le pédicule. Les urines, le jour suivant, sont claires et normales. Guérison rapide. A. C.

VII. — L'auteur rapporte l'observation d'une malade atteinte de tumeur maligne du rein, opérée par lui depuis 14 mois. L'incision abdominale mit à nu la tumeur dont le tissu était charnu, verdâtre, ecchymosé par places, adhérente au rein droit, qui est en grande partie englobé par le néoplasme. Ligature des vaisseaux du rein et l'uretère. La tumeur pesait 6 kilogrammes.

L'examen fait par Charles Robin montra qu'il s'agissait d'un épithélioma du rein. La malade est cependant restée bien portante et son état général n'a pas cessé de s'améliorer. A. C.

VIII. — Thomas S., âgé de 19 ans, éprouve en janvier 1883, pour la première fois une crise douloureuse dans la région rénale et de la peine à uriner. En mars, hématurie, puis besoins d'uriner de plus en plus fréquents et pénibles, urines non purulentes, mais muqueuses. L'exploration de la vessie montre qu'il n'existe pas de calcul. Il entre à l'hôpital en janvier 1884, et malgré la médication la plus active, voit son état s'aggraver.

Le 21 février, le rein gauche est exploré à travers une incision lombaire, et ponctionné dans plusieurs directions sans que l'on rencontre de calcul.

État stationnaire à la suite de cette exploration; pendant deux mois, urines purulentes.

En avril, on sent de la plénitude et une fluctuation profonde au niveau du rein. La blessure est rouverte et une ponction du rein ramène du pus ; alors on incise largement l'organe, et l'on tombe dans une cavité aréolaire que l'on draine. Suites de l'opération des plus bénignes; mais les douleurs de cystite et les micturitions incessantes persistent; le malade maigrit.

Le 8 mai, on pratique la cystotomie sur la ligne médiane pour diminuer les douleurs de miction. Amélioration légère et de peu de durée.

En août, état général assez bon, appétit régulier, mictions plus rares et plus indolentes, persistance de la fistule lombaire, émission de deux calculs par l'urètre.

Comme la fistule lombaire persistait toujours et que la santé générale déclinait, en décembre l'auteur rouvre une troisième fois la plaie rénale et se décide à enlever le rein, qui était réduit à une coque mince entourant une poche purulente multiloculaire. Le malade parut d'abord soulagé, mais succomba dix jours après, avec de la tuberculose pulmonaire et de la caséification de l'autre rein. A. C.

IX. — Une femme de 41 ans présente, dans l'abdomen, à droite, une tumeur assez mobile, dure, de la grosseur d'une tête d'enfant, qui paraît développée dans le rein droit. Elle a depuis deux ans des troubles gastriques, des coliques et des hématuries. Le colon ascendant est situé devant la tumeur. Pawlick cathétérise isolément les deux uretères et retire du gauche de l'urine claire, du droit un mélange de pus et de sang : ce résultat décide l'auteur à opérer.

Le 7 février, incision allant obliquement de l'extrémité de la onzième côte droite au bord du muscle grand droit. Refoulement du péritoine et du colon. Ligature des vaisseaux et de l'uretère. Drainage.

La température reste normale. La guérison s'effectue, ce qui permet à l'auteur de présenter sa malade le 13 mars à la société. Pendant les premiers jours, la quantité d'urine n'a pas dépassé 800 grammes; puis elle a atteint trois litres; elle ne contient rien d'anormal.

La tumeur est un adénome papillaire kystique. L. GALLIARD.

X. — La malade opérée par Spencer Wells était une femme de 48 ans, sans enfants; depuis près de dix ans son ventre avait progressivement grossi de façon à faire croire d'abord à une grossesse, puis à une tumeur ovarienne. On sentait dans le ventre deux tumeurs mobiles dont le diagnostic était resté douteux.

L'opération montra qu'il s'agissait de deux tumeurs graisseuses recouvertes d'une couche fibreuse et occupant les flancs. Les reins se trouvaient intimement unis à chaque tumeur; et l'un d'eux fut même partiellement blessé dans l'opération. L'examen anatomique montra que vraisemblablement ces fibro-lipomes avaient pris naissance dans l'atmosphère celluleuse des reins. La malade guérit. H. R.

XI. — Fait intéressant dans lequel le cancer rénal s'était développé sur un rein morbide antérieurement. Pendant de longues années, le sujet avait présenté des crises douloureuses avec vomissements; puis des hématuries. Finalement, l'organe s'était développé et l'état général, devenu mauvais, justifiait une opération chirurgicale.

Opération faite sous le spray, anesthésie par le bichlorure de méthylène. Incision parallèle à la ligne blanche, à deux pouces en dehors : refoulement des instestins au moyen d'éponges phéniquées, section du repli péritonéal supra rénal; à ce temps de l'opération, plusieurs grosses veines donnent du sang et doivent être liées. Le rein est alors séparé de ses attaches et tiré au dehors : mais la recherche de l'artère et de la veine rénale pour la ligature est très pénible. L'opération est faite en une heure et demie.

Pendant trois jours, état général et local excellent, mais urines constamment sanguinolentes.

Le 4e jour, collapsus et mort. Pas d'autopsie. H. R.

XII. — Un sujet de 66 ans a depuis trois ans des hématuries avec douleur et dysurie; ces accidents se sont aggravés depuis trois mois, l'anémie est extrême, l'intervention paraît urgente. Il y a cystite, urine purulente infecte; la sonde permet de constater une masse flottante, qui adhère à la partie supérieure de la vessie; le cathétérisme provoque une hématurie. Pas de calcul.

Taille médiane le 12 décembre. On trouve un papillome qu'on extirpe sans déterminer d'hémorragie abondante. La tumeur est pédiculée et ne dépasse pas le volume d'un œuf de pigeon.

Pulvérisations à l'iodoforme, injections phéniquées, puis injections de solution de nitrate d'argent à 2 0/0.

Pendant 6 jours la température oscille entre 37 et 38,5 puis la fièvre cesse. Le résultat opératoire est bon. Le sujet urine sans difficulté, mais il se nourrit mal.

Le 1er janvier, hémorragie intestinale mortelle causée par un ulcère du duodénum. L. GALLIARD.

XIII.—Dans ce travail, l'auteur a rassemblé 100 opérations d'ablation de tumeurs de la vessie (54 hommes, 46 femmes).

Les opérations chez les hommes comprennent 31 uréthrotomies externes périnéales (14 morts), 10 cystotomies périnéales (3 morts), 11 épicystotomies (9 morts).

Chez les femmes, on compte 37 opérations par dilatation de l'urètre (10 morts), 8 incisions de l'urètre (3 morts), 1 résection de la vessie pour un sarcome (pratiquée par Sonnenberg). A. C.

XIV. — Un médecin de province a depuis un an de la parésie vésicale. Il entre à l'hôpital le 24 novembre 1884. L'auteur diagnostique : hypertrophie de la prostate, cystite et pyélite. Le 30 novembre, ponction de la vessie ; on installe la canule d'argent de l'appareil de Decamp, mais en présence de l'irritation qu'elle détermine on la remplace le 4 décembre par le cathéter de Nélaton, n° 7.

Le résultat est insuffisant : l'auteur reconnaît les signes de l'hypertrophie du lobe moyen de la prostate et, le 13 février 1885, il pratique la taille supérieure, place l'anse d'un écraseur à la base du lobe moyen et saisit ce lobe à l'aide d'une pince de Museux ; en quelques secondes l'opération est terminée. Le lobe moyen avait 5 centimètres de long, 4 de large.

Mort 7 jours après l'opération.

A l'autopsie : phlegmon des bords de la plaie; infiltration purulente des muscles de la paroi abdominale. Cystite, urétrite, pyélite; petits abcès dans le rein gauche. L. GALLIARD.

I. — An address on some points in the surgery of the kidneys, par H. MORRIS (*Brit. med. journ., p.* 311, *février* 1885).

II. — A case of renal lithotomy, par DICKINSON (*Ibid., p.* 894, *mai* 1885).

III. — Nephrolithotomy, par J. CHIENE (*Ibid., p.* 280, *février* 1885).

IV. — Nephrolithotomy, par SYMONDS et P. MORRIS (*Lancet*, 7 *mars* 1885).

V. — *Idem*, par M'Lane TIFFANY (*Med. news*, 23 *mai* 1885).

VI. — *Idem*, Revue critique (*Ibid.*, 25 *avril* 1885).

VII. — Taille rénale dans un cas de néphrite calculeuse, par D. MOLLIÈRE (*Lyon méd.*, 15 *février* 1885).

VIII. — Suppurative pyelitis, nephrotomy, relief, par Samuel KNAGGS (*Brit. med. journ., p.* 428, *février* 1885).

IX. — Nephrotomy before nephrectomy, par Clement LUCAS (*Ibid.*, 22 *mars* 1885).

X. — Hydronephrosis, a study of seventy one (71) cases of that lesion, par STAPLES (*Journal of the americ med. Assoc.*, 19 *avril* 1884).

XI. — Indications opératoires dans la déchirure traumatique sous-cutanée du rein, par G. MAUNOURY (*Congrès français de chir.*, 10 *avril* 1885).

I. — La grande difficulté de la chirurgie opératoire du rein est la précision du diagnostic. Voici les conclusions de l'auteur sur ce point.

L'hématurie associée à la fréquence de la miction et de l'émission d'une urine purulente est le grand signe de la présence d'un calcul rénal. La douleur pourtant, localisée à la région du rein, unilatérale et persistante, justifie l'intervention chirurgicale.

S'il s'agit d'un rein tuberculeux et non calculeux, qui donne lieu à de pareils symptômes, l'incision lombaire du rein est incontestablement utile, en fournissant une issue au pus. Il faut, bien entendu, explorer dans tous les cas la vessie et s'assurer qu'elle n'est pas le siège d'un calcul.

Une fois le rein mis à nu par l'incision, il faut, pour être sûr du diagnostic, sectionner ou déchirer le parenchyme et arriver jusqu'au bassinet : on ne doit jamais tenter la néphrectomie, c'est-à-dire l'ablation du rein, sans avoir au préalable pratiqué la néphrotomie.

L'existence d'un calcul dans l'un des reins excite souvent des troubles sympathiques de son congénère : mais la douleur est plutôt sourde en pareil cas, sans coliques paroxystiques; elle ne constitue pas une contre-indication à l'intervention chirurgicale. H. R.

II. — Garçon de 19 ans, souffrant d'hématuries répétées, exaspérées sous l'influence de la marche et de la boisson; dans l'intervalle aucune altération de l'urine : on diagnostique un calcul du bassinet, au niveau du rein droit. Douleurs sourdes en ce point. On décide l'opération. Après avoir incisé la région lombaire droite comme dans l'opération d'Amussat, le rein est mis à découvert et le doigt perçoit un calcul, confirmé par une ponction avec une aiguille. Le rein est incisé, et un calcul du poids de 65 grains (3 grammes 25) est extrait facilement de la plaie.Un autre petit gravier, gros comme un pois, s'élimine spontanément quatre jours plus tard. Suites immédiates de l'opération parfaitement régulières, mais 15 jours après, développement d'accidents septicémiques qui ressemblent à de l'infection purulente (frissons répétés, douleurs rhumatoïdes et gonflement des jointures, congestion pulmonaire, hyperthermie). Grâce à de hautes doses de quinine et d'alcool, tous les accidents disparaissent bientôt, et le malade sort guéri de l'hôpital. Revu en octobre, cinq mois après, en parfaite santé. H. R.

III. — G. S. âgé de 29 ans, est admis à l'hôpital d'Edimbourg, le 29 septembre 1884, pour des douleurs de reins. 4 ans auparavant il a été pris pour la première fois d'une crise ressemblant à une colique néphrétique, mais sans émission de gravier. Depuis, ces paroxysmes douloureux sont très fréquemment revenus, s'accompagnant d'urines sanglantes. Même sans crise, les urines sont brunâtres et renferment du sang. On diagnostique un calcul du rein.

Le 15 octobre, après chloroformisation, large incision oblique, de 4 pouces de long, parallèle à la dernière côte, dans la région lombaire. Le rein est facilement mis à nu, et l'on constate dans sa moitié inférieure, une bosselure

saillante. Une épingle, passée au travers du rein, vient buter sur le calcul. Cela fait, on arrive sur le calcul en déchirant graduellement le tissu rénal avec l'ongle; une pince est alors introduite et avec beaucoup d'effort (à cause de la mobilité du rein), on finit par extraire la pierre, qui avait près d'un pouce de long. Un drain est fixé dans la plaie, l'incision lombaire refermée et le malade pansé antiseptiquement.

Malgré un suintement sanguin assez considérable, suites régulières de l'opération : au bout de quelques jours on raccourcit progressivement le tube à drainage et le malade sort guéri le 19 novembre, un mois après l'opération.

L'auteur rapproche de ce fait les cas suivants, publiés dans les *Trans. of the clinical Soc. of London* Morris. (Vol. XIV, 1881.) Marcus Beck (XV, 1882), Buttin (*ibid.*), Lowse (XVI, 1883), Howard et Anderson (XVII), enfin celui de Marchetti (*Philosoph. trans.* XIX, n° 223).

H. R.

IV. — Symonds et Morris rapportent chacun un cas de néphrolithotomie suivi de succès.

V.— L'auteur pratiqua la néphrolithotomie chez un homme de 26 ans, souffrant depuis l'âge de 17 ans de douleurs lombaires et de coliques néphrétiques. Les douleurs étaient devenues intolérables. L'urine contenait du pus en abondance ; on ne trouvait pas de calculs ni de gravelle.

Le rein fut mis à nu par une incision lombaire, il semblait plus dur qu'à l'état normal. Il n'existait aucune inflammation périrénale. Une ponction avec une aiguille fine fit sentir un calcul. Le rein ouvert, on trouve un calcul qui remplit si complètement la cavité qu'il est impossible de l'extraire. On fut obligé de le fragmenter et on retira une masse pesant 556 grains (27gr,80). Tube à drainage, pansement à l'iodoforme. Guérison.

L'auteur fait suivre l'exposé de son observation de quelques réflexions sur les signes diagnostiques fournis par les caractères de l'urine et par les variétés de siège de la douleur. Il note la possibilité de faire par le tube à drainage des injections qui passent directement dans l'uretère et de là dans la vessie.

A. C.

VI. — L'opération, préconisée par Annandale en 1869, puis par Simon 1871, a été pratiquée déjà 21 fois avec 19 succès. Les deux morts sont dues, dans le cas de Cullingworth, à l'obstruction de l'uretère du côté opposé par un calcul à l'entrée dans la vessie ; dans le cas de Pepper, la mort fut subite, sans causes imputables à l'opération.

VII.—Femme de 50 ans entrée à l'hôpital pour une anurie complète remontant à 7 jours. Deux ans auparavant, elle avait eu sa première attaque de coliques néphrétiques siégeant à gauche ; un an plus tard nouvelle attaque avec douleurs à gauche. A cette époque on constata de la polyurie. Les attaques revinrent à partir de ce moment, plus fréquentes ; mais le côté gauche était indemne de douleurs; elles siégeaient exclusivement du côté droit. D'après le récit de ces antécédents, et d'après l'examen qui ne révélait aucune douleur du rein gauche, de la douleur du rein droit, l'auteur admit que le rein gauche était atrophié, que le rein droit fonctionnait, mais qu'il y avait obstacle par un calcul probablement.

On pratique la néphrotomie, le parenchyme rénal hypertrophié, enveloppé dans une couche graisseuse absolument œdématiée, est ouvert au thermocautère ; il en sort un flot d'urine. La malade succomba trois jours après aux accidents urémiques. L'urine s'écoulait bien par le drain qu'on avait laissé à demeure.

A l'autopsie, rein droit énorme, 20 centimètres de long; poids 366 grammes.

Le bassinet, ouvert par la ponction, est rempli par un calcul énorme qui se prolonge dans l'uretère. Le rein gauche est atrophié, transformé en kyste, pesant 75 grammes. A. C.

VIII. — Femme de 28 ans, sans autre antécédent morbide qu'une attaque de rhumatisme. Quatre mois avant son entrée à l'hôpital, elle éprouve des douleurs lombaires et de fréquents besoins d'uriner, qui l'exaspèrent et la forcent à se faire soigner. La miction se répète toutes les heures avec de vives douleurs : les urines sont purulentes et albumineuses, sans graviers ni globules du sang. Il n'existe aucune lésion appréciable de l'utérus ni du bassin : on sent seulement dans l'abdomen, vers le flanc droit, une rénitence profonde et douloureuse qui semble produite par le rein droit.

Malgré un traitement rationnel constitué par des balsamiques et des calmants, l'état reste le même et s'aggrave : des frissons et de la fièvre hectique surviennent au bout d'un mois; on décide l'opération.

Le 1er septembre, une incision est conduite dans la région lombaire à un demi-pouce au-dessous de la dernière côte, jusqu'au niveau du rein. La glande paraissant élastique et tendue, on la perfore d'un coup de trocart qui donne issue à du pus : cela fait, la moitié inférieure du rein est largement ouverte avec les ciseaux, et le doigt introduit dans l'intérieur de la cavité rénale dilatée. Aucun calcul n'est découvert. Drainage de la plaie, pansement antiseptique et injections détersives du bassinet. Les suites furent très satisfaisantes ; aucune hémorragie primitive, diminution progressive de la quantité de pus de la fistule, absence de fièvre. Au moment où l'auteur publie son observation, la plaie était belle et granuleuse et l'urine avait cessé en majeure partie d'être purulente. H. R.

IX. — L'auteur recommande de toujours tenter l'ouverture et le drainage de la poche de l'abcès rénal ou périnéphrétique avant d'en venir à l'extirpation. On peut guérir le malade sans une mutilation grave et si l'on est obligé de recourir ultérieurement à la néphrectomie, cette opération n'en est que moins dangereuse et le malade sera mieux en état de la supporter. A. C.

X. — Dans ce travail, l'auteur rapporte 21 observations d'hydro-néphrose traitée par l'ablation du rein ; 17 fois l'opération fut faite par la voie abdominale (laparotomie) ; il y eut 11 décès ; trois fois par incision lombaire avec une mort.

Ces résultats contrastent vivement avec ceux fournis par la simple incision avec drainage. Staples en a recueilli 16 observations qui ont donné 14 guérisons, 1 avec permanence d'une fistule et 2 morts.

XI. — Un homme de 27 ans, serré par une chaîne de trait contre un pilier de porte, sent un craquement et tombe à terre. Le lendemain et pendant trois ou quatre jours l'urine est rose ; les douleurs disparaissent. Quinze jours plus tard, le malade fait une longue marche ; il est pris de vives coliques avec douleurs de rein et urine un litre de liquide noir, puis des caillots de sang. Il se sonde lui-même pour une rétention d'urine qui survient la nuit suivante et pendant quinze jours il rend des caillots de sang.

Quand l'auteur est appelé, neuf semaines après l'accident, le malade est dans un état de cachexie profonde et il existe un vaste foyer suppuré périrénal ; l'incision (lombaire) laisse écouler un litre de pus, mélangé de caillots de sang et de fragments de rein. On retire ainsi 50 grammes de tissu rénal ; le plus gros fragment pèse 25 grammes. Pansement de Lister, drainage. Suites très simples, guérison en quelques jours.

L'auteur se demande, à propos de ce fait, s'il eût été opportun d'intervenir plus tôt, lors de l'hématurie, par exemple. Il croit que toute intervention eût été, dans ce cas, et serait préjudiciable. Il faut attendre la

suppuration, ouvrir l'abcès, retirer les lambeaux libres, ligaturer et réséquer le autres et ne pas faire de néphrectomie complète. A. C.

I. — Nephrectomy; its indications and contraindications, par Samuel W. GROSS (*Americ. journ. of med. sc., juillet* 1885).

II. — Trépanation de l'os iliaque pour la cure d'une fistule rénale, par LE DENTU (*Ann. des mal. des org. génito-urin., août* 1885).

III. — Calculi removed from the kidney by combined abdominal and lumbar section, par Knowsley THORNTON (*Med. Times, p.* 10, 4 *juillet* 1885).

IV. — Des corps étrangers de l'uretère, par C. P. GALLAND (*Thèse de Paris, n°* 321, 1885).

I. — Dans cette revue statistique, l'auteur a réuni 233 cas d'extirpation du rein, dont 34 n'avaient pas été publiés au moment de la rédaction de ce travail. Les 233 néphrectomies ont donné 129 guérisons, 104 morts; 111 ont été faites par l'incision lombaire (70 guéris, 41 morts); 120 par la laparotomie (59 guéris, 61 morts). Dans 2 cas suivis de mort, l'indication du procédé opératoire est inconnue.

Comme causes de mort : la péritonite, l'embolie pulmonaire, l'hémorragie primitive, l'urémie sont plus fréquentes avec la laparotomie qu'avec l'incision lombaire; le choc, l'épuisement, la septicémie, la pyohémie, l'hémorragie secondaire, l'anémie ont été au contraire observés plus souvent après la néphrectomie lombaire qu'après la néphrectomie abdominale.

Gross passe en revue, chiffres à l'appui, les divers variétés de l'affection qui ont motivé l'intervention. Voici les conclusions qu'il tire de cet examen :

1° La néphrectomie lombaire est moins dangereuse que l'abdominale.

2° L'extirpation primive du rein est indiquée dans les cas : *a.* de sarcome chez les adultes; *b.* de néoplasmes bénins, à tout âge; *c.* aux premières phases de la néphrite tuberculeuse; *d.* pour les ruptures de l'uretère; *e.* pour les fistules uretérales.

3° La néphrectomie ne doit être pratiquée qu'après insuccès de tout autre moyen : *a.* dans les déchirures du rein; *b.* dans la hernie du rein à travers une plaie des lombes; *c.* dans les plaies du rein ou de l'uretère dans le cours des ovariotomies, hystérectomies, etc.; *d.* dans les lésions suppuratives ; *e.* dans l'hydronéphrose et les kystes ; *f.* pour les calculs dans un rein sain ; *g.* le rein flottant douloureux.

4° La néphrectomie est absolument contre-indiquée : *a.* pour le sarcome des enfants; *b.* pour le carcinome à toute âge, à moins qu'on ne puisse les diagnostiquer et faire l'opération au début; *c.* dans la période avancée de la néphrite tuberculeuse. A. CARTAZ

II. — Homme de 35 ans, auquel, en 1881, Le Dentu a pratiqué la néphrotomie pour extraire un calcul volumineux (32 grammes), ayant déterminé un énorme abcès du rein. A la suite de cette opération, il resta une fistule purulente de la région lombaire, fistule que trois opérations successives furent impuissantes à fermer.

Première tentative en 1882 : débridement de la fistule; incision, et excision de nombreux éperons de substance rénale; cautérisation au thermo-cautère. Malgré le drainage, insuccès.

Deuxième opération deux mois après : héminéphrectomie postérieure avec résection de la douzième côte. La fistule persiste.

En juin 1885, pour assurer le drainage parfait d'un clapier très déclive, trépanation de l'os iliaque et établissement d'un système de drains, qui, partant du foyer, traversent l'os et sortent par la fosse iliaque externe. Malheureusement, l'opéré succombe au bout de cinq jours à une septicémie suraiguë que rien n'a pu expliquer. R. JAMIN.

III. — C. N., âgée de 25 ans. Depuis 1882, s'est aperçue que son urine était épaisse et colorée ; en novembre 1883, vient à l'hôpital, souffrant dans la région lombaire droite, et ayant des hématuries. L'examen, très difficile, augmentait les douleurs et l'hémorragie : on porta le diagnostic de calculs rénaux. Le 12 décembre 1883, on pratique l'incision de Langenbuch, dans le flanc droit. La main introduite dans la cavité péritonéale explora les deux reins. A droite, on sentit une pierre dans le bassinet : incision dans les lombes, et la pierre fut extraite avec un petit forceps. Guérison rapide.

Quelques semaines après, hématuries et douleurs dans le rein gauche. Le 25 mars 1884, incision de Langenbuch à gauche Dans le rein gauche on ne sent pas de pierre ; à droite on perçoit un calcul qu'on enlève par l'incision lombaire ; on délogea d'un des calices supérieurs une seconde pierre qui ne put être extraite qu'à l'aide de manœuvres à la fois par la voie abdominale et la voie lombaire.

Dans ce cas particulier, l'exploration a empêché d'inciser le rein gauche qui était sain. Guérison lente, au bout de 78 jours.

Cette exploration abdominale permet de savoir s'il existe 2 reins, et quel est celui malade. Si la pierre est trop basse dans l'uretère pour être extraite par la voie lombaire, l'incision abdominale permet de la trouver et de l'enlever. — On peut choisir le point que l'on incisera, soit le parenchyme, soit le bassinet, et en même temps fixer le rein dans la meilleure position. — La blessure des vaisseaux du rein, de l'uretère, du péritoine, de l'intestin peut être évitée ou du moins être immédiatement reconnue. MAUBRAC.

IV. — Les corps étrangers de l'uretère proviennent de l'extérieur ou de l'organisme même. Ceux qui viennent du dehors sont arrivés dans l'uretère par la vessie ou par les voies digestives à l'aide d'une perforation intestinale : ceux qui se forment aux dépens de l'organisme, viennent en général du rein.

Leur présence dans le conduit uretéral se manifeste par des symptômes douloureux analogues à ceux des accès de colique néphrétique; elle s'accompagne de troubles fonctionnels (arrêt ou diminution de l'excrétion urinaire, hématuries, épreintes vésicales, réflexes généraux tels que hoquets, nausées, vomissements), et bientôt d'accidents inflammatoires, qui ne tardent pas à prendre le premier rang en compliquant gravement la situation et en obscurcissant le diagnostic : telles sont la dilatation uretérale, l'hydronéphrose, la néphrite suppurée, ou la périuretérite et l'ulcération suivie de la perforation de l'uretère avec épanchement de l'urine dans le tissu cellulaire du petit bassin (phlegmon périvésical, péritonite généralisée...).

Le diagnostic, toujours très difficile, s'établit grâce aux commémoratifs, grâce au palper abdominal ou à l'exploration combinée de la vessie, au moyen d'une sonde, et du rectum au moyen du doigt, ou même grâce au cathétérisme de l'uretère (G. Simon).

D'une façon générale, le pronostic est très grave, surtout si les com-

plications se produisent nombreuses et rapides ; il peut cependant être modifié par une intervention opportune.

Celle-ci consistera, tout en calmant les douleurs, à chercher à faire disparaître l'obstacle au cours de l'urine, soit par le cathétérisme, soit par la taille, qui permettra une action directe sur le corps étranger siégeant à la partie inférieure de l'uretère. R. JAMIN.

Les injections hypodermiques d'acide phénique dans le traitement de la pustule maligne, par BILANCIA (*Rivista clin. e terapeut.*, *mai* 1885).

L'auteur cite deux cas de pustule maligne siégeant à la joue et datant de trois à quatre jours, avec guérison. Avec une solution phéniquée à 5 0/0, il fit autour de la pustule dix à quinze injections hypodermiques d'une seringue chaque fois ; l'aiguille plantée au centre de la zone rouge sombre se dirigeait chaque fois obliquement sous la nodosité et vers sa circonférence dans toutes les directions ; puis il appliqua sur les tissus une compresse trempée dans la même solution. Le lendemain l'immense œdème inflammatoire de la face avait disparu, la douleur avait diminué ainsi que la teinte sombre de l'auréole ; on fit sur chacun des quatre côtés une nouvelle injection avec une solution à 2 0/0 ; au bout de huit jours, il ne restait qu'une petite plaie qui guérissait peu de temps après. FÉRIS.

OPHTALMOLOGIE.

The comparative frequence of eye diseases in the white and colored races in the United States (Fréquence comparée des maladies des yeux dans les races blanches et colorées), by Swan BURNETT (*Arch. of ophthal. XIII, n° 2*).

L'auteur, chargé du service des maladies des yeux et des oreilles au dispensaire central de Washington, a eu l'idée de réunir des tableaux statistiques et de comparer la fréquence des maladies des yeux dans la race nègre et dans la race blanche. D'une manière générale, on voit que toutes les maladies des yeux qui dépendent de la diathèse scrofuleuse sont beaucoup plus fréquentes dans la race nègre : les kératites, par exemple, sont cinq fois plus fréquentes que chez les blancs ; notons aussi la plus grande fréquence des iritis. Mais, fait intéressant à noter, le trachome n'existe pas dans la race nègre, ou du moins est très rare, car dans la statistique de Burnett, il n'en est pas cité un cas. Pour les opérations de cataracte, il incline à penser que, toutes choses égales d'ailleurs, elles réussissent mieux chez les nègres, ce qu'il explique par la réaction moindre produite par l'iris. F. DE LAPERSONNE.

De l'asthénopie nerveuse, par ABADIE (*Annales d'oculistique, t. XCIV, juillet-août* 1885, *p.* 23).

A côté des troubles de l'accommodation produits par les vices de

réfraction, il en est qui reconnaissent pour cause un état spécial du système nerveux. Beaucoup plus fréquente chez les femmes, cette asthénopie survient chez les hystériques ou chez les personnes fatiguées par une grossesse, par une maladie utérine. Ce qui différencie cette classe, c'est que les malades souffrent constamment des yeux, sans application de la vue. Elle se rencontre aussi chez l'homme. Il faut toujours traiter l'état général. Comme moyen local, Abadie a employé avec succès les pulvérisations de chlorure de méthyle pour calmer les douleurs de l'asthénopie nerveuse. F. DE LAPERSONNE.

Ein Fall von Blausehen (Un cas de vision bleue), par HIRSCHBERG (*Centralbl. f. prakt. Augenheilk., mai* 1885).

Une femme de 57 ans, très nerveuse, subit l'iridectomie en décembre 1883, à cause d'un glaucome des deux yeux. La guérison et l'acuité visuelle furent satisfaisantes. Des deux côtés, le colobome était large, et il y avait une cataracte ponctuée congénitale. Plus d'un an après l'opération, survint tout à coup une coloration bleue du champ visuel (l'acuité visuelle restant bonne), qui persista pendant plusieurs mois. L'ophtalmoscope n'a rien révélé. Ce symptôme doit être regardé comme d'origine cérébrale. ROHMER.

Ueber Xanthopie verursacht durch Pikrinsäure (Étude sur la xanthopie provoquée par l'ingestion d'acide picrique), par HILBERT (*Centralblatt f. prakt. Augenheilk., mars* 1885).

L'auteur, expérimentant sur lui-même, a absorbé 3 centigrammes d'acide picrique ; deux heures après, il voyait tout en jaune. Sauf pour le gris, la perception de toutes les autres couleurs n'était pas altérée.

N'admettant pas que les milieux transparents de l'œil aient pu être imprégnés par la substance ingérée, Hilbert pense qu'il faut attribuer ce trouble dans la perception des couleurs à une altération des centres nerveux. D'après les recherches de Mari, il en serait de même pour la santonine. Au contraire, dans l'ictère, ou lors de résorption d'un foyer sanguin, les centres nerveux sont hors de cause, et c'est dans l'altération des milieux transparents de l'œil qu'il faut chercher l'origine du trouble dans la perception des couleurs. ROHMER.

Weitere Beiträge zur Frage der Erythropsie (Contributions à l'étude de l'érythropsie), par PURTSCHER (*Centralbl. f. prakt. Augenheilk., février et mars* 1885).

De l'étude de nombreux faits, observés par lui, et surtout recueillis dans les auteurs, Purtscher conclut que la vision du rouge est un phénomène purement subjectif, provoqué surtout par l'excitation ou la fatigue de l'appareil de la vision, et très probablement des centres nerveux ; ces excitations consistent en influences nerveuses, tantôt directes ou indirectes, tantôt vaso-motrices. Les individus doués d'un tempérament nerveux et les aphakiques y sont surtout prédisposés ; le colobome de l'iris contribue à augmenter davantage cette prédisposition.

L'auteur pense que l'étude de l'érythropsie fera surtout des progrès, lorsque l'on connaîtra mieux les rapports entre la circulation de l'œil et celle du cerveau. ROHMER.

Note sur une forme d'ophtalmie des enfants scrofuleux simulant la conjonctivite purulente, par VALUDE (in-8°, *Paris*, 1885).

A côté de l'ophtalmie purulente modifiée par le terrain scrofuleux, il est nécessaire de décrire une ophtalmie spéciale aux enfants scrofuleux. Elle ne débute pas d'emblée, mais est précédée par d'autres lésions oculaires. L'œdème de la paupière et le chémosis sont épais, charnus, comparables à la lèvre léonine des scrofuleux ; la sécrétion séro-purulente n'est pas aussi abondante, la marche est lente, torpide, comparable à l'évolution des autres engorgements scrofuleux. L'épaississement des paupières met plusieurs semaines à disparaître ; les lésions de la cornée sont aussi à craindre. Dans le traitement, la méthode substitutive ne produit pas toujours de bons effets : dans la période aiguë, il faut employer les émollients, les cataplasmes ; dans la période de réparation ; la pommade jaune et surtout le traitement général anti-scrofuleux fait avec beaucoup de soins. F. DE LAPERSONNE.

Anwendung von Sublimat als prophylaktisch gegen den Nachtripper der Neugeborenen (Emploi du sublimé comme prophylactique contre la blennorrhée des nouveau-nés), par STRATZ (*Centralblatt für Gynækologie*, n° 17, 1885).

Depuis le mois d'octobre 1883, on a employé à la clinique des femmes de l'université de Berlin, pour la désinfection des yeux des nouveau-nés, au lieu de nitrate d'argent du sublimé, procédé Credé, solution d'un dixième 0/0. A partir de cette date jusqu'au 1er avril 1884, on a, sur 456 naissances, constaté 3 cas de blennorrhée, lesquels se sont présentés du 5e au 7e jour ; on n'a pas de données exactes sur la présence de gonococques.

Du 1er avril au 1er octobre 1884, on a traité par le sublimé les yeux de 500 nouveau-nés ; il y a eu 3 cas de blennorrhée à partir du 5e jour, et avec présence de gonococques. Les gonococques ne provenaient pas des mères.

Du 1er au 15 octobre on a employé le sublimé toujours à la solution d'un dixième 0/0 pour 50 nouveau-nés.

Résultat : le premier jour, dans 5 cas, irritation des yeux, œdème des paupières et sécrétion d'un liquide fluide ; le 3e jour un cas de blennorrhée sans coccus ; le 4e jour, 2 cas analogues ; le 5e jour, un cas de blennorrhée avec coccus.

Du 15 octobre 1884 au 1er avril 1885, on a traité 460 nouveau-nés, toujours avec du sublimé, mais à une solution de 0,02 0/0. Résultat : irritation : le 1er jour, 10 cas ; le 2e, 6 ; le 3e, 3 ; le 4e, 4 ; le 5e, 3 ; le 6e, 7 ; en tout 33 cas. Catarrhe : le 1er jour, 1 cas ; le 5e, 1 ; le 6e, 3 ; en tout 5 cas. Blennorrhée avec coccus : le 5e jour, 2 cas, c'est-à-dire dans la proportion de 0,43 0/0.

Les phénomènes d'irritation des 1er et 2e jour provenaient sans doute de l'effet du désinfectant et ils disparurent d'eux-mêmes ; autrefois avec l'usage du nitrate d'argent, l'irritation était plus forte et plus fréquente.

Les catarrhes bénins se distinguent facilement de la blennorrhée avec coccus ; il n'y a pas d'œdème aux paupières ; elles ne sont pas fendues ;

la sécrétion n'est crémeuse que pendant 1 jour ou 2. Quant aux 2 cas de blennorrhée avec coccus, on les a traités sans succès par le sublimé, et ensuite par le nitrate d'argent; lorsqu'après le 12e jour les enfants ont quitté la clinique ils n'étaient pas guéris.

Sur les 460 mères, 25 avaient la vaginite granuleuse ; 2 seulement de leurs 25 enfants furent atteints : l'un, le 5e jour, d'un catarrhe bénin sans coccus, bien que la mère en eût, et le second le 5e jour d'une blennorrhée avec gonococques ; il y en avait chez la mère.

Donc comme résultat d'ensemble, sur 1,473 enfants traités par le sublimé, 9 seulement eurent la blennorrhée, c'est-à-dire environ 6/10e 0/0. A la clinique de Breslau, sur 486 enfants traités par le sublimé, 2 seulement furent atteints, et cela le 7e jour; la proportion ne fut donc que de 4/10e 0/0.

Précédemment, avec le procédé Credé au nitrate d'argent, la proportion des cas de maladie était d'un 1/2 0/0 ; depuis le 1er octobre 1883, elle n'est que de 6/10e 0/0, et même seulement de 43/100e, depuis le 15 octobre 1884, date où l'on adopta l'emploi du sublimé à la solution plus faible de 2/100e.

Dans les 1,473 cas susdits, il ne s'est présenté aucune blennorrhée dans les 4 premiers jours.

Donc si le nombre des observations n'est pas encore suffisant pour établir une preuve complète, il est cependant plus que vraisemblable que le sublimé est au moins aussi efficace pour les enfants que les autres désinfectants, tandis qu'il ne réussit pas dans les conjonctivites des adultes. BERTHOD.

Extirpation de la glande lacrymale en totalité; portion orbitaire et portion palpébrale, par BADAL (*Arch. d'ophtalm., V, n° 5, p.* 386).

A propos d'un malade auquel il a fait successivement l'ablation de la portion orbitaire, puis de la portion palpébrale de la glande lacrymale, et qui a présenté un certain nombre de phénomènes intéressants, Badal entre dans quelques considérations anatomiques et physiologiques sur cette question. Pour lui, la portion orbitaire étant parfaitement isolée par la coque fibreuse, son extraction est très simple ; il n'en est pas de même de la portion palpébrale dont les lobules sont perdus dans l'épaisseur de la paupière : cette partie de la glande paraît servir à la lubréfaction de l'œil tandis que la partie orbitaire entrerait en activité seulement sous l'influence des causes normales ou physiques qui provoquent les pleurs. Il semble que les canaux excréteurs de la glande palpébrale sont en nombre beaucoup plus considérable que ce qui a été admis jusqu'ici : quelques-uns, au moins, sont indépendants. Dans les cas de larmoiements rebelles, même après ablation de la glande orbitaire, on est autorisé à enlever la portion palpébrale. DE LAPERSONNE.

Peculiar condition of the pupils in a boy (État particulier des pupilles chez un garçon), par Ch. HIGGENS (*Lancet, 19 septembre* 1885).

On trouve : 1° à droite quatre pupilles dont une était située à la partie supérieure de l'iris, une à la partie inférieure, une en dedans et la quatrième en dehors ; les trois premières étaient en forme de fente ; la qua-

trième, plus grande, semblait résulter d'un décollement de l'iris au niveau de son insertion ; 2° à gauche, deux pupilles, situées à la partie externe de l'iris ; la première en forme de fente, la seconde ressemblait à la quatrième pupille de l'œil droit. Les six pupilles se dirigeaient de la périphérie vers le centre de l'iris. Le fond de l'œil était sain, la vision nette. Le malade était très myope ; il n'y avait pas d'autres lésions de la choroïde ; pas de trace d'iritis ; aucun signe de syphilis ni chez le malade, ni chez les parents. Il s'agissait évidemment d'une lésion congénitale.

J.-B. H.

Eine eigenthümliche congenitale Anomalie der Iris (Un cas d'anomalie congénitale de l'iris), par FRANKE (*Centralbl. f. prakt. Augenheilk., avril* 1885).

Il s'agit d'une femme de 60 ans, hypermétrope de longue date, chez laquelle l'iris, du côté droit, fait défaut sur toute une moitié de la pupille ; la perte de substance se prolonge jusqu'à l'insertion irienne, et ses bords sont irrégulièrement dentelés ; le pourtour de la pupille est encore marqué par une ligne de pigment très légère. L'ouverture pupillaire est ovalaire transversalement, et réagit peu à la lumière. L'atropine élargit la pupille, mais non la perte de substance ; l'ésérine, au contraire, rétrécit notablement cette dernière, de façon à la réduire aux dimensions d'une fente très étroite.

L'auteur, sans se prononcer, discute les raisons qui peuvent faire croire, soit à une anomalie en rapport avec la division congénitale de la rétine, c'est-à-dire à un véritable colobome irien situé au côté externe, soit à une simple perte de substance qui s'est produite pendant la formation de l'iris.

ROHMER.

Zur Extraction centraler rudimentärer Staare und dicker Nachstaare (De l'extraction des cataractes centrales rudimentaires et des cataractes secondaires épaissies), par SCHMIDT-RIMPLER (*Centralbl. f. prakt. Augenheilk., juin* 1885).

L'auteur, afin d'éviter les arrachements du corps ciliaire et autres accidents qu'on risque de provoquer par les méthodes habituelles, propose de rompre d'abord les synéchies iriennes avec une aiguille à cataracte, puis de dilater fortement l'iris ; dans un second temps, on pratique l'extraction des masses cristalliniennes opacifiées, à travers une incision linéaire, et, au besoin, on fait une iridectomie au point où les adhérences n'ont pu être rompues par le moyen précédent. L'éclairage à la lumière électrique aidera puissamment, surtout le premier temps de ces manœuvres.

ROHMER.

Zur Kenntniss der transitorischen Psychosen nach Staaroperationen (Contribution à l'étude des troubles psychiques transitoires consécutifs à l'opération de la cataracte), par LANDESBERG (*Centralbl. f. prakt. Augenheilk., mai* 1885).

L'auteur cite deux cas de sa pratique, dans lesquels les malades opérés de cataracte furent pris, au 3e ou 4e jour de leur opération, de véritables accès de manie aiguë, qui les rendaient fous furieux ; après quelques heures de cet état tout rentra dans l'ordre, chez l'un spontanément, chez l'autre, après injection sous-cutanée de 4 gouttes d'une solution au 1/30e d'hyosciamine ; ni chez l'un, ni chez l'autre des deux malades, on ne trouve notés d'antécédents alcooliques ou autres.

Est-ce l'application du bandeau compressif (Schmidt-Rimpler) chez certains individus prédisposés aux troubles mentaux, est-ce le repos forcé au lit après l'opération, qui déterminent ces accidents? C'est ce qu'il est encore impossible de déterminer. ROHMER.

Les indications de l'extraction simple, par de WECKER (*Annales d'oculistique, XCIV, p.* 29, *juillet-août* 1885).

Reprenant la question si souvent étudiée, dans ces derniers temps, de l'opération de la cataracte avec ou sans iridectomie, de Wecker pense qu'il ne faut pas se laisser aller à l'enthousiasme et supprimer quand même l'iridectomie dans cette opération ; il reste un certain nombre de cas justiciables de l'iridectomie ; telles sont les cataractes molles des diabétiques, et même les cataractes séniles lorsqu'il y a un accompagnement de nombreuses couches molles visqueuses. D'ailleurs l'incision du tiers de la cornée au niveau du limbe n'empêchera pas l'iridectomie. Elle doit être faite si l'on craint que le malade soit indocile et dans ce cas, elle est pratiquée avant la sortie du cristallin. L'excision de l'iris forme au contraire le dernier temps, dans les cas de toilette trop difficile de la pupille, ou de difficultés de réduction parfaite.

F. DE LAPERSONNE.

Ueber die Ætiologie complicirter Augenmuskellähmungen (Étiologie des paralysies oculaires complexes), par MAUTHNER (*Soc. des méd. de Vienne,* 15 *mai* 1884).

Les paralysies oculaires complexes sont dues soit à des lésions périphériques, soit à des lésions de l'orbite, de la base du crâne ou du cerveau. Il faut admettre une lésion de la base du crâne quand la paralysie d'un des nerfs moteurs est accompagnée de paralysie optique sans altération visible à l'ophtalmoscope ; de même quand les trois nerfs moteurs d'un côté sont atteints ; en effet, s'il est vrai que les pathétiques s'entrecroisent et que le noyau de la sixième paire envoie des fibres au droit interne du côté opposé, l'altération des 3 noyaux d'un côté ne déterminera pas d'ophtalmoplégie complète du même côté, le droit interne et le pathétique seront respectés là, mais paralysés du côté opposé.

L'ophtalmoplégie de cause cérébrale peut être corticale, nucléaire ou fasciculaire.

Quand elle est extérieure, c'est-à-dire avec intégrité du muscle de l'accommodation et du sphincter de l'iris, la cause doit résider dans les noyaux.

L'auteur a trouvé dans la littérature médicale 22 cas de cette catégorie (ophtalmoplégie extérieure nucléaire). Cette affection peut exister à la naissance, ou se développer chez l'enfant ou chez l'adulte, et demeurer stationnaire, sans autre manifestation cérébrale. Dans d'autres cas elle s'accompagne de céphalée, de troubles de la mémoire, de paralysie du trijumeau, du facial, elle se complique de paralysie bulbaire, d'ataxie. Elle peut être aiguë ou subaiguë, tantôt s'améliorer, tantôt causer la mort, tantôt rester stationnaire. On ne l'a vue qu'une fois précéder l'atrophie musculaire progressive ; il y a donc peu d'analogie entre les

lésions de la substance grise des ventricules et celles de la moelle. Elle relève de divers processus anatomiques : encéphalite, épendymite chronique, etc. L. GALLIARD.

De l'avancement capsulaire, par P. LAINEY (*Thèse de Paris, n°* 120, 7 *février* 1885).

Après une étude anatomique des muscles de l'œil et des ailerons ligamenteux de la capsule de Tenon, Lainey décrit le procédé opératoire employé par de Wecker. On fait, à hauteur du muscle à raccourcir, une excision en demi-lune de la conjonctive, on dégage les bords du muscle. Les fils sont alors passés aux deux extrémités du diamètre vertical de l'œil, sous la conjonctive, à une courte distance de la cornée, puis dans la boutonnière musculaire, enfin dans la partie éloignée de la conjonctive excisée. Chaque fil est alors lié séparément. L'avancement capsulaire agit en diminuant l'action de l'aileron ligamenteux, tenseur de la capsule de Tenon et antagoniste du muscle droit, par conséquent il augmente la force du muscle ; il a aussi pour avantage de ne pas produire l'enfoncement de la caroncule, la saillie du globe et l'élargissement de la capsule.

Ce travail est basé sur 140 opérations. Les observations ont été prises en calculant l'angle de déviation au moyen de l'arc kératoscopique de Wecker et Masselon. Il résulte de ces observations que l'avancement capsulaire simple est suffisant pour corriger de légères déviations strabiques. Combiné avec la ténotomie du muscle antagoniste, il permet de corriger de forts degrés de strabisme, en n'opérant que sur un seul œil. Il paraît avoir une action moins certaine dans l'insuffisance musculaire.

F. DE LAPERSONNE.

La ténotomie de l'oblique inférieur, par LANDOLT (*Arch. d'ophthalm., V, n°* 5, *p.* 402).

La situation profonde de l'insertion oculaire de l'oblique inférieur le rendrait peu propre à une intervention chirurgicale ; il n'en est pas de même si on considère son insertion osseuse : elle est presque souscutanée et pour la trouver il faut prendre comme point de repère, soit la perpendiculaire abaissée de l'échancrure sus-orbitaire au point où elle rencontre le rebord inférieur de l'orbite, soit le milieu d'une ligne allant du sac lacrymal à la partie du rebord orbitaire située au-dessus du trou sous-orbitaire. L'insertion étant facilement trouvée, grâce à ces points de repère, il sera très simple de faire soit l'avancement, soit le recul des muscles.

Cette opération pourra être utilisée à un moment donné, contre certains strabismes, si l'hypothèse d'Arlt sur la pathogénie de la myopie progressive était démontrée exacte. Étant donné que le petit oblique est en rapport avec la veine inférieure et externe des *vasa vorticosa*, sa section pourrait empêcher la stase veineuse qui l'établit surtout pendant la convergence et l'abaissement du regard. F. DE LAPERSONNE.

De la scléro-iridectomie dans le glaucome, par LAFFON (*Thèse de Doctorat, Bordeaux*, 1885).

Après avoir rappelé les différentes tentatives opératoires et les pro-

cédés tout récents de Panas et d'Abadie, l'auteur décrit avec soin la scléro-iridectomie imaginée par Terson. Elle consiste à aller pratiquer, à travers une plaie de sclérotomie, agrandie par la section plus ou moins complète du pont scléro-conjonctival, une iridectomie dont l'étendue pourra être différente, suivant l'effet à produire. Cette opération a pour avantage de permettre la transsudation facile des liquides de la chambre antérieure. Le pont scléro-conjonctival, ménagé au milieu de la plaie, fournit un soutien puissant contre la pression intra-oculaire et permet d'éviter les dangers d'une détente trop brusque, subluxation du cristallin ou hémorragie intra-oculaire, comme dans l'iridectomie. Enfin, elle est plus efficace que la sclérotomie, qui n'est souvent qu'une opération préparatoire. F. DE LAPERSONNE.

Ein Fall von Stichverletzung des Auges (Un cas de plaie de l'œil par instrument piquant), par DIMMER (*Centralbl. f. prakt. Augenheilk., avril* 1885).

Il s'agit d'un écolier de 13 ans, blessé par un camarade, à l'aide d'un instrument dont il a été impossible de déterminer la nature. Douze heures environ après l'accident, on trouve les deux paupières de l'œil gauche très gonflées, et leur face conjonctivale fortement ecchymosée; à la paupière inférieure, siègent trois petites plaies linéaires, variant en longueur entre 8 millimètres et 1 centimètre 1/2. La partie inféro-externe de la conjonctive bulbaire est le siège d'une suffusion sanguine; les mouvements de l'œil sont normaux. A l'ophtalmoscope, on voit la papille diffuse, rougeâtre, les vaisseaux (artères et veines) gros et tortueux. Autour de la macula, la rétine est grisâtre, et tout près, on aperçoit une tache ronde égale au 1/5 de la papille, de couleur brun rougeâtre. A la partie inférieure de la rétine, on découvre une bandelette blanchâtre, brillante, à bords inégaux, interrompue par places; les vaisseaux rétiniens traversent cette tache, sans courbure et sans différence de réfraction sensibles. Vers la périphérie, la rétine présente un aspect grisâtre, mais aussi avec des vaisseaux normaux en tous points, comparés à ceux de la partie supérieure.

La tension de l'œil est normale, et la pression un peu sensible. La moitié supérieure du champ visuel manque, tandis que dans la partie inférieure le malade compte les doigts à 2 mètres.

Au bout de 7 à 8 jours, le malade compte les doigts à 6 mètres de distance, et le champ visuel est redevenu presque normal; les milieux de l'œil sont transparents.

Six mois plus tard, on constate une atrophie de la papille, de couleur gris blanchâtre, à contours nettement limités; les vaisseaux rétiniens sont très rétrécis. Les doigts peuvent être comptés à 2 mètres 1/2, et le champ visuel est supprimé dans toute sa moitié supérieure.

L'auteur explique ces particularités par une lésion directe de la moitié inférieure du nerf optique, et les symptômes ophtalmoscopiques observés primitivement sur la rétine par une hémorragie siégeant entre la choroïde et la sclérotique, et ayant donné lieu à un œdème de la rétine. ROHMER.

Traitement du décollement de la rétine, par WOLFE (*Ann. d'oculistique XCIII, 1re et 2e liv., p.* 16).

Partant de ce principe que le décollement de la rétine tient à un épanchement sous-rétinien, W. a modifié la ponction scléroticale de de Graefe, de telle sorte qu'elle devienne une opération bien réglée. Les tissus sont

sectionnés couche par couche, et, arrivé sur la sclérotique, on la traverse avec une aiguille anglaise ; on donne généralement issue à un liquide brunâtre, qui est le liquide sous-rétinien. L'auteur paraît avoir obtenu de bons résultats. F. L.

Beiträge zur Pathologie des Sehorgans (Dégénérescence hyaline du nerf optique. — Contribution à la pathologie de l'œil), par HIRSCHBERG et BIRNBACHER (*Centralb. f. prakt. Augenheilk. mars* 1885).

Chez un homme de 60 ans, qui avait eu deux hémorragies cérébrales, l'ophtalmoscope permit de voir les particularités suivantes : O. D. Hémorragies linéaires autour de la papille, et répandues çà et là, en petit nombre, sur la rétine ; pas de traces d'exsudat. — O. G. Tache blanche tout près de la papille ; altérations très petites, dépendant de la myopie.

Quelques mois après, l'autopsie montra une hémorragie intraventriculaire récente, et d'anciennes altérations répandues dans la substance cérébrale. Athérome généralisé, hypertrophie du cœur avec lésions du myocarde, et néphrite interstitielle très intense.

Les deux nerfs optiques, avant leur entrée dans le globe de l'œil, furent trouvés dilatés sur une longueur de 11 millimètres; le maximum de la dilatation était de 6 millimètres, tandis qu'au point d'entrée dans l'œil, ils ne mesuraient que 4 millimètres. Une coupe pratiquée au niveau de la dilatation fit voir, entre le nerf lui-même et son enveloppe fibreuse, une masse molle, de couleur jaunâtre; le microscope y révèle la présence d'une matière granuleuse, incolore, dans laquelle on voit un grand nombre de cellules rondes, des noyaux et des corpuscules sanguins bien conservés. Les essais chimiques ne donnent aucune des réactions de la matière amyloïde, tandis que l'éosine et le picrocarmin montrent qu'on a affaire manifestement à un produit de dégénérescence hyaline. Des altérations analogues se montrent autour des vaisseaux de la papille et en quelques points de la rétine.

Les auteurs sont disposés à admettre que ces lésions sont dues à une stase veineuse prolongée avec œdème consécutif, ayant occasionné la dégénérescence hyaline autour des vaisseaux de la papille et dans la gaine du nerf optique. Il est impossible d'admettre une propagation directe du cerveau jusqu'au point malade, les parties intermédiaires n'étant nullement altérées. ROHMER.

Verschiedene Arten des tuberculösen Process in der Aderhaut (Tuberculose de la choroïde), par HIRSCHBERG (*Berlin. klin. Woch., n°* 12, *p.* 190, 24 *mars* 1884).

Hirschberg a observé jusqu'ici quatre formes différentes de lésions tuberculeuses dans la choroïde.

1° Les tubercules miliaires, bien connus de chacun. Ils apparaissent dans la tuberculose miliaire aiguë sans provoquer le moindre trouble visuel, le moindre changement extérieur de l'œil. A l'ophtalmoscope, on distingue, au fond du globe, des taches claires arrondies, faiblement saillantes, qui s'accroissent, il est vrai, mais sans atteindre en général à beaucoup près le diamètre de la papille optique. Quand on fait des coupes dans l'épaisseur des tissus, on trouve la choroïde normale au voisinage immédiat du foyer lenticulaire, peu proéminent, qui est composé de tissu de granulations à petites cellules et laisse sur chaque coupe reconnaître la présence de quelques cellules géantes.

2° Les tubercules agglomérés n'occasionnant également aucune in-

flammation oculaire externe et ne donnant lieu à aucun trouble visuel important, sont rares. Un petit garçon de 3 ans pouvait mouvoir les globes oculaires en haut et en bas, mais non latéralement, de sorte qu'on diagnostiqua un foyer tuberculeux occupant le centre gauche des mouvements de latéralité et une lésion commençante du centre droit dans la région inférieure de la protubérance. L'acuité visuelle était satisfaisante, les yeux ne présentaient rien d'anormal au dehors, mais il existait de chaque côté de l'œdème papillaire et, au-dessus de l'entrée des nerfs optiques, se voyait un foyer blanc laiteux, saillant, large de 3 ou de 5 millimètres dont Hirschberg put observer l'extension par l'apposition de petits tubercules miliaires.

3° L'inflammation tuberculeuse de la choroïde est tout autre, à la fois cliniquement et anatomiquement. Un homme de 27 ans est affecté depuis 16 jours d'une ophtalmie douloureuse du côté gauche. Cet œil est légèrement proéminent et la conjonctive oculaire soulevée forme un bourrelet rouge, marqué. La papille optique est impossible à délimiter. Les veines de la rétine sont énormément dilatées et flexueuses ; la rétine est soulevée par un épaississement de la choroïde formant un gâteau blanc; l'œil est presque aveugle. Le diagnostic de méningite tuberculeuse se trouva vérifié à l'autopsie. Aux côtés de la papille, la choroïde offrait un épaississement de 8 millimètres de largeur sur 3 d'épaisseur, dû à une infiltration inflammatoire avec quelques tubercules caséeux à leur centre.

4° Les véritables tumeurs tuberculeuses de la choroïde sont aussi très rares. De même que la forme similaire de tuberculose irienne connue anciennement sous le nom de granulome, cette variété de lésion tuberculeuse a été longtemps difficile à diagnostiquer. Une fillette de 2 ans, paraissant d'ailleurs saine, a complètement perdu la vision du côté gauche : iritis légère, réflexe blanc dans la profondeur, comme lorsqu'on a affaire à des tumeurs du fond de l'œil; augmentation de la tension oculaire. Énucléation du globe. Immédiatement en dehors de la papille, se voit une tumeur grisâtre, molle, de la grosseur d'une forte amande de noisette; elle représente une prolifération circonscrite de la choroïde et soulève la rétine. Dans le sein de la tumeur, on reconnaît partout, disséminés dans le tissu à petites cellules, les éléments tuberculeux.

Les 4 formes de tuberculose choroïdienne varient de pronostic. Lorsqu'il ne coexiste ni tuberculose miliaire, ni méningite tuberculeuse, on peut extirper l'œil. Hirschberg a pratiqué deux fois cette opération ; une fois à cause d'une tumeur tuberculeuse de la conjonctive bulbaire et 5 ans plus tard la santé du malade était encore parfaite; une fois pour tuberculose de l'iris et la guérison se maintenait parfaitement au bout de 7 ans. J. B.

De la cocaïne envisagée particulièrement en ophtalmologie, par P. SCIAKI (*Thèse de Paris*, n° 160, *21 mars* 1885).

Cette thèse résume nos connaissances actuelles sur le précieux alcaloïde et en particulier son emploi dans la thérapeutique oculaire. L'auteur consacre un long historique non seulement à la cocaïne, à son étude toute récente, puisque les premières communications de Köller datent du mois de septembre dernier, aux nombreux travaux qui les ont rapide-

ment suivies, mais aussi à l'histoire si curieuse de la coca, dont les propriétés sont universellement connues en Amérique.

Des chapitres spéciaux sont consacrés à la préparation, aux caractères chimiques de la cocaïne. L'étude physiologique comprend non seulement les recherches qui ont été le point de départ de la découverte de Köller, mais aussi les expériences de Vulpian, Laborde, Grasset, etc., sur l'action de la cocaïne en injections sous-cutanées. L'auteur émet quelques doutes sur son influence comme anesthésique de l'iris. Avec Panas il montre que la cocaïne n'a presque pas d'action sur les yeux enflammés. Il a fait, sous la direction de Meyer, un certain nombre d'expériences qui prouvent que la cocaïne diminue le tonus de l'œil.

La dernière partie, purement clinique, rapporte plus de 50 observations prises à l'Hôtel-Dieu, dans le service de Panas. La cocaïne réussit particulièrement dans l'opération de la cataracte sans iridectomie et dans toutes les opérations sur la conjonctive ou la cornée. Dans les iridectomies, la douleur se réveille au moment du pincement de l'iris : dans le strabisme, la cocaïne ne peut aider que le premier temps, la section du muscle est douloureuse. F. DE LAPERSONNE.

(Ueber die Anwendung der Sterilisation durch Hitze auf die oculistische Asepsis (La stérilisation par la chaleur employée dans l'asepsie oculaire), par A. BIRNBACHER (*Centralbl. f. prakt. Augenheilk., août* 1885).

L'auteur, frappé des inconvénients des substances antiseptiques généralement employées, dont les unes n'empêchent pas le développement des germes (eau bouillie, acide borique, etc.), dont les autres sont nuisibles pour les instruments (sublimé), résolut de recourir à la chaleur pour détruire les micro-organismes nuisibles aux plaies. Pour cela, les objets de pansements sont exposés pendant deux heures à une température de 150 à 160°, puis recouverts d'une cloche en verre, chauffée à la même température; le tout est laissé refroidir insensiblement. Les instruments de section sont placés pendant une heure dans l'alcool absolu, essuyés avec de la gaze aseptique, puis placés sous la cloche; quant aux instruments de préhension, fabriqués en platine, ils sont flambés sur une lampe de Bunsen, et, de même, mis à couvert. Le champ opératoire est lavé au savon, puis au sublimé à 1/5000 ; les mains de l'opérateur sont soigneusement savonnées, brossées, puis lavées aussi dans une solution de sublimé à 1/1000. L'auteur ne peut encore donner les résultats de sa pratique, les faits n'étant pas encore en nombre suffisant pour permettre d'attribuer à sa méthode les succès invariables obtenus jusqu'ici. ROHMER.

MALADIES DES OREILLES, DU NEZ ET DU LARYNX.

Deviations of the nasal septum, par J. GLEITSMANN (*Americ. journ. of med. Sc.. juillet* 1885).

Dans ce travail, l'auteur passe en revue la fréquence de cette difformité, ses conditions étiologiques et le traitement qu'elle nécessite. La déviation de la cloison se rencontre chez un si grand nombre de sujets qu'on peut dire qu'une cloison absolument droite est plutôt l'exception que la règle. Theile trouvait sur 117 crânes, 88 positions asymétriques; Semeleder 39 sur 49. Zuckerkandl comptait 140 déviations sur 370 crânes, 57 à droite, 51 à gauche, 32 flexions sigmoïdes. Lœwenberg trouve 1 cas sur 7. Mackenzie, dans un relevé numérique important, compte sur 3,102 crânes, 1,657 cas de déviation, 609 à droite, 838 à gauche, 205 flexions sigmoïdes, 5 cas de déviation en zigzag.

Les Européens seraient plus sujets à cette anomalie que les autres races et l'auteur se demande si cela ne tiendrait pas au type orthognathe.

La déviation de la cloison s'accompagne fréquemment d'autres anomalies, la présence d'épines osseuses sur la cloison, sur le côté convexe, en saillie; l'hypertrophie du cornet moyen.

L'auteur adopte la division de Welcker pour classer les déviations; il existe de très nombreuses variétés, mais elles rentrent aisément dans les quatre types adoptés par Welcker. En examinant, d'après ces principes, 268 crânes des musées des Universités, l'auteur a compté 20 déviations marquées des os du nez.

Gleitsmann discute ensuite la question d'étiologie; on regardait autrefois la plupart de ces déviations comme d'origine congénitale; l'opinion opposée semble aujourd'hui gagner du terrain. En tout cas, la déviation n'apparaît qu'à un certain âge. Zuckerkandl n'en a pas vu avant l'âge de 7 ans, Welcker de 4 ans.

Rien de particulier à signaler au sujet des symptômes et du traitement; Gleitsmann discute les divers procédés opératoires; il paraît adopter de préférence la méthode d'Adams. A. CARTAZ.

Catarrhal affections of the nasal passages as a cause of pulmonary phthisis with special reference to the question of heredity, par W. Chapman JARVIS (*New York med. journ.*, 5 *septembre* 1885).

L'auteur s'efforce de démontrer, dans ce travail, que toutes les affections chroniques des fosses nasales, rhinite, sténose nasale, déterminent à la longue une hyperémie laryngée, soit par la nécessité de respirer par la bouche, soit par l'action irritante du mucus nasal descendant jusqu'au larynx, soit par la simple propagation de l'inflammation. Chez des sujets prédisposés, cette laryngite peut être le premier terme d'accidents plus sérieux, catarrhe bronchique et tuberculose pulmonaire.

Jarvis insiste d'une façon plus particulière sur les troubles inflammatoires causés par la déviation de la cloison et il montre par une série d'observations que certaines formes de déviation sont d'origine héréditaire et peuvent être reconnues par une conformation particulière et anormale de la voûte palatine. Les figures annexées au mémoire indiqueront, mieux qu'une description, la voussure toute spéciale à ces difformités de la cloison, correspondante au côté de dépression de la cloison et dont on trouve l'analogue chez les ascendants du malade.

A. CARTAZ.

A contribution to the pathological histology of acute and chronic coryza, par John N. MACKENZIE (*New York med. journ.*, 22 *août* 1885).

L'examen de la muqueuse nasale chez un sujet atteint de coryza chronique et mort d'affection rénale a révélé les lésions suivantes : engorgement très marqué du tissu érectile, surtout à la partie postérieure du cornet inférieur. A la coupe, le sang coule comme l'eau d'une éponge. Le microscope montre la dilatation extrême des espaces caverneux ; dans ces espaces un amas de corpuscules lymphoïdes, dans quelques-uns un dépôt fibrineux. L'épithélium est intact, légèrement épaissi ; infiltration légère du tissu sous-épithélial. La muqueuse des sinus maxillaires n'est pas tuméfiée.

D'après Mackenzie, l'absence d'inflammation du sinus dans les diverses sortes de rhinites tient à une disposition anatomique particulière, un repli du tissu érectile des cornets qui s'arrête brusquement à l'orifice nasal du sinus. De plus, la muqueuse du sinus diffère de la muqueuse nasale.

A. CARTAZ.

Papillomes des fosses nasales, par P. AYSAGUER (*Ann. des mal. de l'oreille, novembre* 1885).

Les papillomes vrais des fosses nasales sont rares. L'auteur a eu l'occasion d'en observer deux cas ; dans l'un, la tumeur ulcérée, donnant lieu à des hémorragies abondantes, remplissait complètement une narine et était d'un diagnostic délicat ; dans l'autre, il ne s'agissait que de deux petites tumeurs. Il n'y avait pas d'autres tumeurs. comme cela s'est présenté quelquefois (polypes muqueux) ; l'ablation a été très complète, au moyen du galvano-cautère.

A. C.

Tumeurs malignes primitives du nez, par E. SCHMIEGELOW (*Rev. mens. de laryngol., août-septembre* 1885).

Dans ce travail, l'auteur étudie les tumeurs malignes primitives du nez : carcinome et sarcome, le premier rare, le second un peu plus fréquent. Il publie deux observations inédites, l'une de carcinome, l'autre de sarcome, cette dernière chez une enfant de 14 ans.

Schmiegelow insiste sur la lenteur de développement du carcinome comparée à celle du sarcome, sur l'absence d'infiltration ganglionnaire dans les deux variétés, la rareté des hémorragies spontanées et le peu de douleurs. Les carcinomes naissent en général de la partie supérieure de la cavité nasale, au voisinage de l'ethmoïde ; les sarcomes des parois ou de la cloison ; ces derniers se généralisent plus rapidement que le

carcinome et ont moins de tendance à l'ulcération. Pour avoir quelques chances de succès, il faut pratiquer l'ablation (curette tranchante et galvano-cautère) dès le début.

Schmiegelow place à côté de ces tumeurs malignes une forme rare, les polypes lupeux, pédiculés, flottant dans l'intérieur des fosses nasales et présentant à l'examen microscopique les caractères du tissu lupeux. Ils diffèrent des polypes muqueux par leur surface irrégulièrement granulée, leur couleur blanchâtre, sans transparence, leur solidité, leur friabilité.

Schmiegelow en publie deux observations. A. C.

Remarks on the treatment of rose-cold and hay fever by cocaine (Traitement du coryza des roses et du catarrhe des foins par la cocaïne), par J. M. DA COSTA (*The med. news*, 31 *octobre* 1885).

L'auteur publie, dans cette note, quelques observations qui montrent l'efficacité de la cocaïne dans la fièvre des foins. Il instille cinq à huit gouttes d'une solution à 4 0/0 dans chaque narine, et sous l'influence de l'anesthésie et de la contraction des capillaires produites par cet agent, il diminue l'intensité des accès, les rend beaucoup moins pénibles et moins fréquents. A. C.

The use of galvanism in chronic diseases of the pharynx, par SHURLY (*Americ. laryngol. Assoc.*, 24 *juin* 1885).

Shurly a employé avec succès les courants galvaniques dans les maladies du pharynx ; l'application de la cocaïne rend très supportable cette médication. L'hypertrophie glandulaire, l'atrophie avec ou sans hypersécrétion, un catarrhe chronique nasal, ont été très heureusement modifiés. On nettoie d'abord la muqueuse, on fait un badigeonnage de cocaïne (4 0/0) et on applique pendant cinq minutes le courant, une électrode dans les fosses nasales, l'autre sur la paroi postérieure du pharynx, en les promenant rapidement et doucement sur la surface. L'auteur commence avec une batterie de 2 éléments puis de 4 à 5 de la pile Leclanché.

L'application doit être répétée deux à trois fois par semaine.

Le traitement ne restaure pas les tissus modifiés, détruits, mais il arrête, dit l'auteur, les processus qui amènent l'atrophie des éléments glandulaires. A. CARTAZ.

Der Kehlkopf in gerichtlich-medicinischer Beziehung (Étude anatomique médico-légale du larynx), par Th. PATENKO (*Viertelj. f. gericht. Med. und öff. Sanit.*, *nouv. série XLI*, 193, *octobre* 1884).

Ce travail est basé, en ce qui concerne l'étude des altérations des cartilages laryngés, sur l'examen de 100 larynx d'adultes et de 20 larynx d'enfants.

Mais auparavant, Patenko donne le résultat de ses recherches sur certains points anatomiques où il s'est trouvé en divergence avec Luschka.

Tout d'abord, il nie l'existence, à titre indépendant, d'une lame médiane du cartilage thyroïde. Cette lame intermédiaire qui unirait les lames latérales a été signalée par Rambaud, en 1859, puis décrite en détails par Halbertsma et par Luschka. Des examens macroscopiques et micros-

copiques ont conduit Patenko à regarder cette prétendue lame indépendante comme le résultat de l'ossification de la commissure qui affecte les figures les plus diverses et les plus irrégulières.

La mensuration des cartilages laryngés et de l'os hyoïde lui a donné également des chiffres qui s'écartent notablement de ceux de Luschka. Ainsi pour le cartilage *thyroïde*, il a trouvé comme dimensions moyennes de 57 larynx masculins : hauteur 2 centim. 8 ; largeur 3,9 ; et de 43 larynx féminins : hauteur 2,1 ; largeur 2,9. Cette différence de dimensions chez l'homme et chez la femme, jointe aux indices tirés de l'ossification, peut servir à la détermination du sexe. Les mensurations pour le *cricoïde* donnent :

	Hommes.	Femmes.
Hauteur moyenne du corps	2c,3	1,9
Epaisseur moyenne	0 ,5	0,4
Hauteur moyenne de l'arc en avant	0 ,6	0,4
— aux extrémités	1 ,9	1,5
Diamètre antéro-postérieur moyen de l'orifice supérieur.	3 ,2	2,5
— — inférieur.	2 ,1	1,8

Ainsi donc, comme le cartilage thyroïde, le cricoïde est beaucoup plus petit dans le sexe féminin et ce fait pourra être utilisé dans les questions d'identité.

La longueur des *grandes cornes de l'os hyoïde* est extrêmement variable et n'est pas, comme le dit Luschka, égale à la moitié de la hauteur maximum du cartilage thyroïde. D'après Patenko, la longueur moyenne est de 1 centim. 6 chez l'homme et de 1,2 chez la femme. Les grandes cornes hyoïdiennes peuvent d'ailleurs manquer des deux côtés ou d'un seul.

L'étude des altérations qu'amène l'âge dans les cartilages des voies aériennes supérieures forme l'objet principal de ce mémoire.

Avant l'âge de 10 ans, on n'observe aucune trace d'ossification dans le larynx. A partir de cet âge, cette altération se montre d'abord dans le cricoïde, puis dans l'os hyoïde.

Dans les cartilages trachéaux, Patenko n'a jamais observé de trace d'ossification avant 60 ans ; encore n'était-ce pas une véritable ossification, mais bien une simple calcification.

Voici les conclusions de l'auteur :

L'ossification des cartilages laryngés est sujette à des variations très grandes, aussi bien quant à l'époque et au lieu de son apparition qu'à son degré d'extension. En revanche, chez la femme, elle est plus tardive et en général moins prononcée.

Il ne semble pas que l'alcoolisme, la syphilis, le rachitisme aient quelque influence sur l'ossification.

L'ossification et la dégénérescence amiantacée des cartilages laryngés à partir de l'âge de 30 ans, peuvent tellement diminuer leur élasticité qu'on ne peut nier qu'ils puissent être l'objet de blessures accidentelles.

Ces altérations peuvent atteindre un degré capable de rendre impossible la préparation des cartilages qui se rompent sous les doigts. Il n'est nullement impossible qu'en transportant un cadavre sans précautions, il se produise des fractures de cartilages laryngés. J. B.

I. — **Laryngeal hemorrhage**, par J.-W. **GLEITSMANN** (*American Journ. of med. Sc.*, *avril* 1885).

II. — *Idem*, par E. Carrol **MORGAN** (*New York med. Record*, 1er *mars* 1885).

I. — Le terme de laryngite hémorragique doit être réservé, d'après l'auteur, pour les épanchements de sang à la surface ou sous l'épithélium de la muqueuse, qui ne se rattachent ni à une maladie constitutionnelle ni à un traumatisme. L'hémorragie laryngée embrasse tous ces cas divers.

Gleitsmann publie un cas d'hémorragie survenu chez un homme de 25 ans, à la suite d'une laryngite, avec enrouement et dyspnée légère. Au laryngoscope, signes d'un catarrhe intense, congestion de la muqueuse, rougeur des cordes. A l'union du tiers moyen et du tiers antérieur de la corde gauche, tache sanguine du volume d'une tête d'épingle, origine de l'hémorragie. Guérison rapide par des inhalations résolutives et des applications locales de perchlorure de fer et de nitrate d'argent.

Gleitsmann passe en revue les diverses observations publiées jusqu'à ce jour; il énumère ensuite les diverses affections qui peuvent souvent donner lieu à des hémorragies ou à des épanchements sanguins laryngés. Une enquête auprès des laryngologistes américains lui a fait connaître 22 cas inédits; dans 3 observations seulement l'hémorragie laryngée a été le premier symptôme d'une phtisie commençante.

II. — Hémorragie laryngée, survenue brusquement chez un chanteur, après quelques jours d'enrouement; elle venait de la paroi ventriculaire. Le lendemain, on constatait une infiltration sanguine sous-muqueuse. La voix revint rapidement. Le malade n'était pas tuberculeux. A. CARTAZ.

A case of inflammation of posterior bronchial lymphatic glands leading to fatal hemorrhage (Adénopathie bronchique, hémorragie mortelle), par W. **BARRY** (*Med. News*, 29 *août* 1885).

Femme de 71 ans, entrée à l'hôpital pour des crachements de sang; on ne trouve que de l'emphysème, pas d'apparence de phtisie. Mort subite à la suite d'une hémorragie considérable.

A l'autopsie, poumons emphysémateux, sans tubercule. Petit ulcère faisant communiquer l'œsophage et la trachée. Dans la bronche gauche, large perforation communiquant avec des ganglions bronchiques caséeux remplis de sang. D'autres ulcérations plus petites mettent en communication ce foyer avec la trachée, les bronches; un trajet enfin conduisait directement dans la veine cave supérieure. A. CARTAZ.

Croup, trachéotomie, extraction d'une grande fausse membrane de la trachée et des bronches, par Ramon de la **SOTA Y LASTRA** (*Rev. mens. de laryngol.*, 1er *novembre* 1885).

Enfant de 5 ans, pris de diphtérie pharyngo-laryngée. Les accidents d'asphyxie nécessitent la trachéotomie, qui amène un soulagement marqué. Pendant 36 heures, l'état est très satisfaisant; mais à partir de ce moment l'état empire, l'engorgement ganglionnaire sous-maxillaire et cervical augmente. La dyspnée reparaît plus forte. On retire la canule pour la nettoyer; l'enfant tombe cyanosé, sans respiration. On réintroduit la canule, mais la respiration est toujours difficile. Avec une pince on retire des fragments de fausse membrane et après plusieurs tentatives une fausse membrane donnant le moule complet de la trachée et des premières bronches. L'enfant succomba aux progrès de la maladie, quelques heures plus tard. A. C.

Étude sur l'œdème du larynx (œdème de la glotte), par J. CHARAZAC (*Thèse de Bordeaux*, 1885).

Par œdème du larynx, l'auteur désigne l'infiltration séreuse ou purulente du tissu cellulaire du larynx en général et des replis ary-épiglottiques en particulier. Cette infiltration peut être primitive ou secondaire.

Les causes de l'œdème primitif sont le froid, les traumatismes, les corps étrangers, les brûlures. C'est relativement une lésion rare; elle siège surtout, en raison de la laxité du tissu cellulaire, sur les replis ary-épiglottiques. L'auteur discute la valeur des symptômes objectifs et subjectifs, caractères de la voix, de la respiration, accès de suffocation.

Quand l'œdème s'établit lentement, les troubles respiratoires sont très peu marqués; une observation de Moure fournit un exemple remarquable de ce fait.

L'œdème secondaire ne diffère de l'œdème primitif que par les signes propres à l'affection dont il est la conséquence. Charazac les divise en œdèmes inflammatoires mécaniques et dyscrasiques.

Le premier (inflammatoire) peut survenir par propagation, dans le cours de maladies infectieuses, dans les affections chroniques du larynx, dans les dermatoses. L'auteur étudie successivement ces diverses variétés.

A propos de la tuberculose, il fait observer qu'à côté des infiltrations tuberculeuses de la muqueuse donnant l'apparence d'œdème, il existe dans bien des cas, de l'œdème vrai. Il distingue ces deux formes : œdème mou, forme aiguë et œdème dur, forme chronique.

Le premier chapitre est consacré à l'historique. Un grand nombre d'observations inédites sont publiées dans le cours du travail, qui constitue une étude très complète de la question. A. CARTAZ.

Abcès rétro-laryngé aigu primitif avec pneumonie double, par J. GAREL (*Ann. des mal. de l'oreille, juillet* 1885).

Homme de 45 ans, pris assez subitement, après avoir fumé, de douleur du larynx et de raucité de la voix, puis de frissons, de fièvre et progressivement de gêne respiratoire. A son entrée à l'hôpital, la dyspnée est assez forte, comme s'il existait un obstacle à l'entrée des voies aériennes. L'examen fait constater un aplatissement transversal de la partie située au-dessus des cordes qui sont immobiles et faiblement écartées; le larynx est comprimé par une masse inflammatoire. La région du cou est douloureuse. En même temps signes d'hépatisation pulmonaire.

Le lendemain, le gonflement semble moindre, on trouve du pus à l'intérieur du larynx; mais la déglutition est impossible, la dyspnée toujours forte. Le malade succombe à des accidents d'asphyxie, malgré la trachéotomie.

A l'autopsie, on trouve une infiltration purulente de l'espace rétro-laryngé, avec du pus dans le larynx et les signes d'une pneumonie double. Il n'y a pas de lésions des cartilages du larynx. (Voy. *R. S. M.*, XVI, 676; XXI, 703; XXII, 728.) A. C.

Note critique à propos d'un cas de paralysie isolée et complète du muscle ary-aryténoïdien, par LERMOYEZ (*Ann. des mal. de l'oreille, juillet* 1885).

Femme de 22 ans, non hystérique, venue à la consultation de l'hôpital pour

de la toux et de l'aphonie. La perte de la voix remonte à quatre mois, est due à un refroidissement au sortir d'un bain et a été complète presque subitement. Quand la malade parle, la voix buccale chuchotée est accompagnée d'un sifflement laryngé qu'on ne peut mieux comparer qu'à la sibilance du cornage. La conservation, sur ce ton bas, n'entraîne pas de fatigue. Toux intense, due à des lésions pulmonaires tuberculeuses. A l'examen laryngoscopique, on constate une paralysie complète de l'ary-aryténoïdien. La malade n'est pas revenue à l'hôpital.

L'auteur discute, à propos de ce cas, les conditions qui président à l'apparition de cette paralysie laryngée, les contradictions qui existent au point de vue non seulement de l'interprétation, mais de la constatation des symptômes. Son observation est la quatorzième publiée jusqu'ici ; les indications sommaires des treize précédentes sont données dans un tableau. A. C.

Parese der Postici bei tracheotomirten diphteritischen Kindern (**Paralysie laryngée chez les enfants trachéotomisés**), par **SIMMOND** (*Soc. méd. de Hambourg*, 27 *mai* 1884).

La paralysie des crico-aryténoïdiens postérieurs est quelquefois un obstacle sérieux, chez les enfants trachéotomisés, à l'ablation de la canule : c'est un accident plus fréquent que la production des polypes trachéaux.

Une fille de 3 ans et demi, atteinte de diphtérie, éprouve, dix jours après la trachéotomie, une dyspnée inquiétante quand on enlève la canule et qu'on bouche l'orifice trachéal : et cependant l'expiration est normale, la voix n'est pas altérée. Mais on remarque au laryngoscope que, dans l'inspiration, les cordes vocales (qui fonctionnent bien pour la phonation) ne s'écartent pas suffisamment. Ce n'est qu'au bout de plusieurs semaines qu'on peut débarrasser l'enfant de sa canule. L. GALLIARD.

Ueber Recurrenslähmung bei chronischen Lungenaffectionen (**Paralysie du nerf récurrent dans les affections chroniques du poumon**), par Ch. **BAÜMLER** (*D. Arch. f. klin. Med., Band XXXVII, p.* 231).

La paralysie du nerf récurrent droit, signalée par Gerhardt, dans les affections chroniques du poumon, s'explique par les rapports de ce nerf et du sommet du poumon correspondant. On peut constater dans des conditions analogues la paralysie du nerf récurrent gauche et de la corde vocale du même côté.

Chez un meunier de 61 ans, il y avait un petit ganglion du volume d'une noisette qui comprimait le nerf. Chez une femme de 41 ans qui présentait de la cirrhose du sommet du poumon avec dilatation des bronches, on trouva de la névrite du récurrent au-dessous de la crosse de l'aorte, au niveau de la trachée. Le nerf était épaissi et induré; au microscope on constatait une véritable cirrhose. Il y avait eu, pendant la vie, paralysie de la corde vocale gauche. Dans ce cas, le nerf ne se trouvait au point lésé en contact avec aucun ganglion dégénéré. A. M.

Plaie par arme à feu de la trachée; mort par emphysème, par **RYDYGIER** (*Przeglad lekarski*, n° 16, 1885, *et Cent. f. Chir.*, 1er *août* 1885).

Un garçon de 17 ans reçoit, à dix pas, un coup de pistolet dans le cou; il rentre chez lui à un mille de distance. La plaie est insignifiante, la tête d'une épingle. Dès le lendemain, emphysème du cou qui s'étend en quelques heures

à la face. Malgré la trachéotomie, l'emphysème progresse et le malade mourut étouffé le deuxième jour.

A l'autopsie, on trouve que la balle a perforé le ligament crico-thyroïdien, la paroi postérieure du larynx, le pharynx, a ricoché sur la 6e vertèbre cervicale pour venir se loger sous la 2e vertèbre thoracique. Sérosité sanguine dans les deux plèvres; un peu de pus entre le larynx et le pharynx.

A. CARTAZ.

Ueber eine neue örtliche Behandlung der chronischen Lungentuberculose und der chronischen Bronchitis (Sur un nouveau mode de traitement local de la tuberculose et de la bronchite chronique), par Max REICHERT (*D. Arch. f. klin. Med., Band XXXVII, p.* 465).

L'auteur s'est servi d'une sorte d'appareil de Richardson muni d'une longue tubulure recourbée pour injecter directement des solutions médicamenteuses dans la trachée, et autant que possible dans les bronches dans des cas de bronchite chronique et de tuberculose pulmonaire à marche lente. Il a injecté de l'acide salicylique maintenu en solution dans l'eau distillée par l'essence de menthe poivrée (1 à 2 grammes d'acide salicylique pour 3 à 6 grammes d'essence de menthe dans 200 grammes d'eau distillée). Les instillations étaient faites à l'aide de l'examen laryngoscopique. Le jet liquide était dirigé dans la trachée et autant que possible dans la direction de la grosse bronche du côté le plus atteint. Ces instillations sont bien supportées. Elles auraient une réelle efficacité. Elles seraient particulièrement indiquées dans les cas où il y a de la toux avec expectoration avec ou sans fièvre, sans infiltration pulmonaire trop étendue, sans cavernes, sans ulcérations laryngées trop considérables. Leur action serait très utile encore dans le catarrhe chronique de la trachée et des bronches.

A. MATHIEU.

De l'otite externe périostique circonscrite, par GELLÉ (*Bull. Soc. de biol.* 18 *octobre*, 1884).

Dans 5 cas la maladie s'est ainsi présentée : au fond du conduit auditif, au niveau de sa portion osseuse, on aperçoit une ou plusieurs petites tumeurs rosées, rondes, bien limitées, bien circonscrites, faisant saillie dans la lumière du conduit ; en se développant elles arrivent à se toucher, soulèvent le méat, cachent le tympan et causent la surdité.

Une douleur légère et à exacerbations nocturnes se réveille dans les mouvements de la mâchoire, dans la déglutition et surtout au contact du stylet, qui donne la sensation d'une résistance ferme, mais cependant non osseuse. Souvent en même temps il existe une inflammation subœdémateuse indolore du pharynx.

Cette affection, fébrile et de nature arthritique, guérit par les fumigations aromatiques, le sulfate de quinine ou le salicylate de soude et finalement l'iodure de potassium.

OZENNE.

REVUE GÉNÉRALE.

DE L'HYPNOTISME

HISTORIQUE. MODES DE PRODUCTION, SYMPTÔMES, MÉDECINE LÉGALE,

Par A. PITRES et R. GAUBE.

Pour ce qui concerne le magnétisme animal, consulter les ouvrages suivants :

HISTOIRE DE LA MÉDECINE. TRADUCTION JOURDAN, par **Sprengel** (*T. III*). — TRACTATUS DE MAGNETICA CURATIONE VULNERUM, par **Glocénius** (*Marburg*, 1608-1609, *et Francfort*, 1613). — DE MAGNETICA VULNERUM NATURALI ET LEGITIMA CURATIONE, par **J.-E. Burgraeve** (1621). — DISPUTATIO DE MAGNETICA VULNERUM CURATIONE, par **Van Helmont**. — PHILOSOPHIA MOSAICA, par **Robert Fladd** (*Amsterdam*, 1640). — MAGNES, SIVE DE ARTE MAGNETICA, par **Athanase Kircher** (*Roma*, 1641 *et* 1654). — NOVA MEDICINA SPIRITUUM, par **Wirdig** (*Hamburg*, 1673). — MEDICINÆ MAGNETICÆ LIBRI TRES IN QUIBUS TAM THEORIA QUAM PRAXIS CONTINENTUR, par **Maxwell** (*Francfort*, 1679). — DE PLANETARUM INFLUXU (1766). LETTRE A M. UNGER. (*Mercure savant d'Altona*, 1773). — MÉMOIRE SUR LA DÉCOUVERTE DU MAGNÉTISME ANIMAL, par **A. Mesmer** (*Genève et Paris*, 1779). — RAPPORT DES COMMISSAIRES CHARGÉS PAR L'ACADÉMIE DES SCIENCES DE L'EXAMEN DU MAGNÉTISME ANIMAL, par **J.-Sylvain Bailly** (*Paris*, 1784). — RAPPORT PARTICULIER DE L'UN DES COMMISSAIRES DE LA SOCIÉTÉ ROYALE DE MÉDECINE SUR LE MAGNÉTISME ANIMAL, par **Laurent de Jussieu** (*in*-8, *Paris*, 1784). — MÉMOIRES POUR SERVIR A L'HISTOIRE DU MAGNÉTISME ANIMAL, par **Puységur** (*in*-8, 1784. *Suite des mémoires*, 1785). — HISTOIRE CRITIQUE DU MAGNÉTISME ANIMAL, par **Deleuze** (*Paris*, 1813, 2e *édit.* 1817). — DE LA CAUSE DU SOMMEIL LUCIDE, par **Faria** (*in*-8, *Paris*, 1819). — EXPOSÉ DES EXPÉRIENCES SUR LE MAGNÉTISME ANIMAL FAITES A L'HÔTEL-DIEU DE PARIS, par **Dupotet** (1821). — DU MAGNÉTISME ANIMAL, par **Georget** (*Physiologie du système nerveux*, 2 *vol.*, *Paris*, 1821). — TRAITÉ DU SOMNAMBULISME ET DES DIFFÉRENTES MODIFICATIONS QU'IL PRÉSENTE, par **A. Bertrand** (*in*-8, *Paris*, 1823). — ARTICLE MAGNÉTISME, par **Rostan** (*Dictionnaire de médecine*, 1825). — MÉMOIRE SUR LE MAGNÉTISME ANIMAL (*in*-8, *Paris*, 1825).—DEUXIÈME MÉMOIRE (*in*-8, *Paris*,1826), par **Foissac**. — RAPPORT FAIT AU NOM DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE SUR LE MAGNÉTISME ANIMAL, par **Husson** (1831). — EXAMEN HISTORIQUE ET RAISONNÉ DES EXPÉRIENCES PRÉTENDUES MAGNÉTIQUES FAITES PAR LA COMMISSION DE L'ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE, par **Dubois** (**d'Amiens**) (*in*-8, *Paris*, 1833). — HISTOIRE ACADÉMIQUE DU

MAGNÉTISME ANIMAL, par **Dubois** (d'Amiens) (*in*-8, *Paris*, 1841). — MESMÉRISME, par **Dechambre** (*Art. du Dict. encyclop. des sc. méd.*).

Pour ce qui concerne l'hypnotisme proprement dit, voir :

NEURYPNOLOGY OR THE RATIONAL OR NERVOUS SLEEP CONSIDERED IN RELATION WITH ANIMAL MAGNETISM ILLUSTRATED BY NUMEROUS CASES OF ITS SUCCESFUL APPLICATION WITH RELIEF AND CURE OF DISEASES, LONDON 1843, par **J. Braid** (TRADUCTION FRANÇAISE EN 1883 SOUS LE TITRE SUIVANT : *Neurypnologie, traité du sommeil nerveux ou hypnotisme*, par **J. Simon**). — THE POWER OF THE MIND OVER THE BODY, par **J. Braid** (*London*, 1846). — LA FRENOLOGIA RESA EVIDENTE DAL MAGNETISMO. LETTERA AL Dr G. PELIZZARI, par **Argenti** (*Medicina politica, Anno I*, *fasc.* 8-9, 1851). — LA FRENOLOGIA RESA EVIDENTE DAL MAGNETISMO VITALE par **Pelizzari** (*Medicina politica*, *fasc.* 7, *juillet* 1851). — SUL MAGNETISMO ANIMALE E SUL METODO PER ISTUDIARLO, par **Antonio Berti** (*Padova*, 1852). — OBSERVATION OF TRANCE OR HUMAN HYBERNATION AND ELECTRO-BIOLOGY, par **J. Braid** (*London*, 1852). — SUL FRENO-MAGNETISMO. LETTERA AL Dr STRAMBIO, par **Filippini Fantoni** (*Gazzetta medica Italiana Lombarda*, *avril* 1852). — MÉMOIRE SUR LE SOMMEIL, LES SONGES ET LE SOMNAMBULISME, par **Lélut** (*Annales médico-psychologiques*, *fasc. IV*, 1852). — THÉORIE POSITIVE DES PHÉNOMÈNES ÉTUDIÉS SOUS LA DÉNOMINATION DE MAGNÉTISME ANIMAL, par **Segond** (*Gazette hebdomadaire de médecine*, 1854). — THE PHYSIOLOGY OF FASCINATION AND THE CRITICS CRITICISED, par **J. Braid** (*Manchester*, 1855). — DU SOMMEIL AU POINT DE VUE PHYSIOLOGIQUE ET PSYCHOLOGIQUE, par **Lemoine** (*Paris*, 1855). — DE LA CATALEPSIE, par **Puel** (*Mémoires de l'Académie de médecine*, *T. XX*, 1856). — DE LA CATALEPSIE, par **Falret** (*Archives générales de médecine*, 1857). — DU SOMMEIL, DES RÊVES, DU SOMNAMBULISME DANS L'ÉTAT DE SANTÉ ET DE MALADIE, par **Macario** (*Lyon*, 1857). — DE L'HYPNOTISME ET DE SES DANGERS, par **Sandras** (*Bulletin de l'Académie de médecine*, 1859-1860). — NOTE SUR LE SOMMEIL NERVEUX OU HYPNOTISME (*Archives générales de médecine*, *janvier* 1860). — RECHERCHES SUR L'HYPNOTISME OU SOMMEIL NERVEUX, par **Demarquay et Giraud-Teulon** (*Paris*, 1860). — LES MYSTÈRES DU MAGNÉTISME ANIMAL ET LA MAGIE DÉVOILÉS OU LA VÉRITÉ DÉMONTRÉE PAR L'HYPNOTISME, par **Gigot-Suard** (*Paris*, 1860). — COURS THÉORIQUE ET PRATIQUE DE BRAIDISME OU HYPNOTISME NERVEUX, par **Philips** (*Paris*, 1860). — LES CATALEPSIES PARTIELLES ET PASSAGÈRES, par **Lasègue** (*Archives générales de médecine*, 1865). — LE SOMMEIL ET LES RÊVES, par **Maury** (3e *édit.*, *Paris*, 1865). — ÉTUDE SUR LE MAGNÉTISME ANIMAL, par **Poincarré** (*Nancy*, 1865). — DU SOMMEIL ET DES ÉTATS ANALOGUES CONSIDÉRÉS AU POINT DE VUE DE L'ACTION DU MORAL SUR LE PHYSIQUE par **Liébault** (*Paris*, 1866). — ÉTUDE SUR LE SOMNAMBULISME AU POINT DE VUE PATHOLOGIQUE, par **Mesnet** (*Archives générales de médecine*, 1866). — DU SOMMEIL MAGNÉTIQUE DANS L'HYSTÉRIE, par **Baillif** (*Thèse de Strasbourg*, 1868). — ÉTUDE CLINIQUE D'UN CAS DE CATALEPSIE COMPLIQUÉE, TRAITÉE PAR L'HYPNOTISME, par **Pau de St-Martin** (*Thèse de Strasbourg*, 1869). — BEOBACHTUNGEN UND VERSUCHE UEBER HYPNOTISCHE ZUSTAENDE BEI THIEREN, par **Czermak** (*Pflüger's Archiv* 1873). — WIRKUNG DES ANGST BEI THIEREN, par **Preyer** (*Centralblatt für med. Wiss.*, 1873). — ARTICLE HYPNOTISME, par **Mathias Duval** (*Nouveau dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, *T. XVIII*, 1874). — DE L'AUTOMATISME DE LA MÉMOIRE ET DU SOUVENIR DANS LE SOMNAMBULISME PATHOLOGIQUE, par **E. Mesnet** (*Paris*, 1874). — L'AUTOMATISME HUMAIN, par **Carpenter** (*Revue scientifique* 1875). — DU SOMNAMBULISME PROVOQUÉ, par **Ch. Richet** (*Journ. de l'anat. et de la*

phys., 1875). — LE DÉDOUBLEMENT DE LA PERSONNALITÉ. HISTOIRE DE FÉLIDA X. par **Azam** (*Revue scientifique*, 1876). — AMNÉSIE PÉRIODIQUE OU DÉDOUBLEMENT DE LA VIE, par **Azam** (*Annales médico-psychologiques*, 1876). — **Dufay** (*Annales médico-psychologiques*, 1876). — LE DÉDOUBLEMENT DE LA PERSONNALITÉ. RELATION D'UN NOUVEAU FAIT, par **Azam** (*Revue scientifique*, 1877). — MESMERISM AND SPIRITUALISM, par **Carpenter** (*Revue philosophique*, 1877). — DIE URSACHE DES SCHLAFES, par **Preyer** (*Stuggart*, 1877). — LEÇONS SUR LA CATALEPSIE ET LE SOMNAMBULISME HYSTÉRIQUES PROVOQUÉS. LEÇONS RECUEILLIES PAR P. RICHER, par **Charcot** (*Progrès médical*, 1878). — DIE KATALEPSIE UND DIE THIERISCHE MAGNETISMUS, par **Preyer** (*Iéna*, 1878). — CATALEPSIE ET SOMNAMBULISME HYSTÉRIQUES PROVOQUÉS, par **P. Richer** (*Progrès médical*, 1878). — EIN BEITRAG ZUR LEHRE VON DER KATALEPSIE, par **W. Svetlin** (*Archiv für Psychiatrie*, *Band VIII*, 1878). — UN CASO DI SOMNAMBULISMO E DI CATALESSI CURATO COL FILO DI RAME, par **Bonizzardi** (*Brescia*, 1879). — SUR UN CAS D'HYSTÉRIE AVEC SOMNAMBULISME, par **Chambard** (*Revue mensuelle de médecine*, 1879). — RELATION D'UN CAS DE LÉTHARGIE PROVOQUÉE PAR L'APPLICATION D'UN AIMANT, par **Landouzy** (*Progrès médical*, 1879). — SCHLAF UND TRAUM, par **P. Radestock** (*Leipzig*, 1879). — ÉTUDE DESCRIPTIVE DE LA GRANDE ATTAQUE HISTÉRIQUE, par **P. Richer** (*Thèse de Paris*, 1879). — DE L'INFLUENCE DES MOUVEMENTS SUR LES IDÉES, par **Ch. Richet** (*Revue philosophique*, 1879). — UEBER HYPNOTISMUS BEIM MENSCHEN, par **Adamkiewicz** (*Berliner klin. Woch.*, 1880). — NOUVEAU FAIT A L'APPUI DE LA CIRCONVOLUTION DE BROCA, par **Ballet** (*Progrès médical*, 1880). — UEBER KATALEPSIE UND MESMERISMUS, par **Benedikt** (*Wiener Klinik*, 1880). — EXPERIMENTELLE KATALEPSIE (HYPNOTISMUS), par **O. Berger** (*Deutsche mediz. Woch.*, 1880). — THIERISCHE MAGNETISMUS UND HYPNOTISMUS, par **Bœrnes** (*Ibidem*, 1880). — HYPNOTISCHE ZUSTAENDE UND IHRE GENESE, par **O. Berger** (*Breslauer ærtz. Zeits.* 1880). — FAITS POUR SERVIR A L'HISTOIRE DES CONTRACTURES, par **Brissaud et Richet** (*Progrès médical*, 1880). — UEBER STOFFLICHE VERAENDERUNGEN BEI DER HYPNOSE, par **Brock** (*Deutsche med. Woch.*, 1880). — UEBER HYPNOTISCHE FARBENBLINDHEIT MIT ACCOMODATIONSKRAMPF UND UEBER METHODEN ZUR DEN AUGE ZU HYPNOTISIREN, par **Cohn** (*Breslauer aertz. Zeitsch.* 1880 *et Centralblatt für med. Wissensch.*, 1880, *p.* 536). — HYPNOTISME SPONTANÉ CHEZ UN GARÇON DE DOUZE ANS, par **Sydney Coupland** (*Journal of mental science*, 1880). — ÉTUDE SCIENTIFIQUE SUR LE SOMNAMBULISME, par **Prosper Despine** (*Paris*, 1880). — UEBER GALVANO-HYPNOTISMUS, HYSTERISCHE LETHARGIE UND KATALEPSIE, par **Eulenburg** (*Wiener Klinik*, 1880). — UEBER DEN HYPNOTISMUS VOM GERICHTAERTZLICHEN STANDPUNKT, par **Friedberg** (*Deutsch. med. Wochensch.*, 1880). — EL MAGNETISMO SONAMBULISMO Y ESPIRITISMO, ETC., par **Garcia Ramon** (1880). — UEBER DIE NERVEN ERFAHRUNGEN AUF DEM GEBIETE DES SOGENANNTEN THIERISCHEN MAGNETISMUS par **Grützner** (*Centralblatt für nerv. Psych*,, 1880). — DIE ERSCHEINUNGEN DES SOGENNANTEN THIERISCHEN MAGNETISMUS, par **Gschleiden** (*Augsbürger allgemeine Zeitung*, 1880). — DER SOGENANNTE THIERISCHE MAGNETISMUS, par **Heidenhain** (3e *édition*, *Leipzig*, 1880). — ZUR KRITIK HYPNOTISCHER UNTERSUCHUNGEN, par **Heidenhain** (*Breslauer ärtz. Zeitschrift*, 1880). — HALBSEITIGES HYPNOTISMUS (HYPNOTISCHE APHASIE, ETC.), par **Heidenhain** UND **Grützner** (*Ibid.*, 1880). — L'ART DU MAGNÉTISEUR, par **Lafontaine** (4e *édition*, *Paris et Genève*, 1880). — INFLUENZA DEL MAGNETISMO SULLA VITA ANIMALE, par **Maggiorani** (*Roma*, 1880). — DER MAGNETISCHE SCHLAF MIT EINEM ANHANGE DES PROCESS DES MAGNETISEURS HANSEN IN WIEN., par **Malten** (*Berlin*, 1880). — EINIGES UEBER DEN HYPNOTISMUS, par **Meyersohn** (*Deutsche med. Wochensch.*, 1880).—ZUR GESCHICHTE DES THIERISCHEN

MAGNETISMUS, par **Meyersohn** (*Ibid.*, 1880). — UEBER DIE SOGENANNTEN THIERISCHEN MAGNETISMUS, par **Opitz** (*Chemnitz-Zeitung*, 1880). — DU SOMNAMBULISME PROVOQUÉ, par **Ch. Richet** (*Revue philosophique*, 1880). — DIE EXPERIMENTE MIT DEM SOGENANNTEN THIERISCHEN MAGNETISMUS, par **Rühlmann** (*nos* 8 *et* 9 *des Gartenlaube*, 1880). — UEBER HYPNOTISMUS, par **Rumpf** (*Deutsche med. Wochensch.*, 1880). — DIE PHYSIOLOGISCHE URSACHE DER HYPNOTISCHEN ERSCHEINUNGEN, par **Schneider** (*Leipzig*, 1880). — BERICHT UEBER DIE HYPNOTISCHE VERSUCHE, par **Senator** (*Berliner klin. Wochensch.*, 1880). — DIE ERSCHEINUNGEN DES HYPNOTISMUS, par **Ville** (*Correspondenzblatt für schweizer Aerzte*, 1880). — HYPNOTISCHE VERSUCHE, par **Weinhold** (*Chemnitz* 1880, *et Centralblatt für mediz. Wissensch.*, *p.* 443, 1880). — GLI STUDI RECENTI SUL COSI DETTO MAGNETISMO ANIMALE, par **Seppilli** (*Rivista di Freniatria*, 1880-1881). — DES PROPRIÉTÉS PHYSIQUES D'UNE FORCE PARTICULIÈRE DU CORPS HUMAIN : FORCE NEURIQUE RAYONNANTE, par **Baréty** (*Société de Biologie*, 1881). — DER SOGENANNTE ANIMALISCHE MAGNETISMUS ODER HYPNOTISMUS, par **Baümler** (*Leipzig*, 1881). — DAS VERHALTEN DES SINNESORGAN IN HYPNOTISCHEN ZUSTAND, par **O. Berger** (*Breslauer aertz. Zeitsch.*, 1881). — PROCÉDÉS EMPLOYÉS POUR DÉTERMINER LES PHÉNOMÈNES D'HYPNOTISME, par **Bourneville** ET **Regnard** (*Progrès médical*, 1881). — ICONOGRAPHIE PHOTOGRAPHIQUE DE LA SALPÊTRIÈRE, par **Bourneville** ET **Regnard** (*t.* III, 1881). — GLI STUDI RECENTI SULLA GENESI E SULLE CONDIZIONI FISIOLOGICHE DELL'IPNOTISMO, par **Buccola** (*Rassegno settimanale*, 2 *janvier* 1881). — DU SOMNAMBULISME EN GÉNÉRAL, par **Chambard** (*Thèse de Paris*, 1881). — ACTIONS HYPNOGÉNIQUES. HYPEREXCITABILITÉ MUSCULAIRE HYPNOTIQUE. HYPNOSE HÉMICÉRÉBRALE, par **Chambard** (*L'Encéphale*, *t.* I, 1881). — CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE L'HYPNOTISME CHEZ LES HYSTÉRIQUES. DU PHÉNOMÈNE DE L'HYPEREXCITABILITÉ NEURO-MUSCULAIRE, par **Charcot** ET **Richer** (*Archives de Neurologie*, 1881). — DOCTOR BEARD'S EXPERIMENT IN HYPNOTISM, par **Crichton Browne** (*British medical Journal, août* 1881). — ACTION DES DIVERS AGENTS PHYSIQUES DANS L'HYPNOTISME PROVOQUÉ, par **Dumontpallier** (*Société de biologie*, 1881). — INDÉPENDANCE FONCTIONNELLE DES HÉMISPHÈRES CÉRÉBRAUX, par **Dumontpallier**. (*Idem*, 16 *décembre* 1881). — MÉTALLOSCOPIE, HYPNOTISME ET FORCE NEURIQUE, par **Dumontpallier** ET **Magnin** (*Ibid.*, 1881). — MOUVEMENT DE LA PUPILLE ET PROPRIÉTÉ DU PRISME DANS LES HALLUCINATIONS PROVOQUÉES DES HYSTÉRIQUES, par **Féré** (*Progrès médical*, 1881). — HYPNOSIS RECIDIVUS, par **Hack-Tuke** (*Journal of mental science, janvier* 1881). — OBSERVATIONS SUR LES ANTÉCÉDENTS DES HYPNOTIQUES ET SUR LES EFFETS DE L'HYPNOTISME, par **P. Ladame** (*Revue de la Suisse romande*, 1881). — LA NÉVROSE HYPNOTIQUE OU LE MAGNÉTISME DÉVOILÉ, par **P. Ladame** (*Paris, Neufchâtel et Genève*, 1881). — DIE ENTDECKUNG DES HYPNOTISMUS, par **Preyer** (*Iéna*, 1881). — SOMMEIL ET SOMNAMBULISME, par **P. Regnard** (*Revue scientifique, mars* 1881). — SUR L'EXCITABILITÉ RÉFLEXE DES MUSCLES DANS LA PREMIÈRE PÉRIODE DU SOMNAMBULISME, par **Ch. Richet** (*Archives de Physiologie*, 1881). — LA VÉRITÉ SUR LE MAGNÉTISME ANIMAL, par **Marc Senso** (*Lausanne*, 1881). — UEBER DEN NATURALISCHEN SOMNAMBULISMUS, par **Ernst von den Steinen** (*Heidelberg*, 1881).— CONTRIBUZIONE ALLO STUDIO SPERIMENTALE DELL IPNOTISMO. 1e COMMUNICAZIONE, par **Tamburini et Seppilli**.(*Rivista sperimentale di freniatria* 1881). — THE STUDY OF TRANCE, MUSCLE READING, AND ALLIED NERVOUS PHENOMENA IN EUROP AND AMERICA, par **Beard** (*New York*, 1882). — NOTE SUR LES DIVERS ÉTATS NERVEUX DÉTERMINÉS PAR L'HYPNOTISATION SUR LES HYSTÉRO-ÉPILEPTIQUES, par **Charcot** (*Compt. rend. de l'Académie des sciences*, 1882) — PHÉNOMÈNES PRODUITS PAR L'APPLICATION SUR LA VOUTE DU CRANE DU COURANT GALVANIQUE PENDANT LA PÉRIODE LÉTHARGIQUE DE L'HYPNOTISME CHEZ LES HYSTÉ-

riques, par **Charcot** (*Société de Biologie, janvier* 1882). — Morbus hypnoticus. Spontaner selbstsanding auftretender Hypnotismus, par **Drosdow** (*Archiv für Psychiatrie*, 1882). — Phénomènes qui se manifestent a la suite de l'action du vent d'un soufflet capillaire sur différentes régions du cuir chevelu pendant la période cataleptique de l'hypnotisme chez les hystériques, par **Dumontpallier** (*Société de biologie*, 14 *et* 21 *janvier* 1882). — Azione dei metalli a distanza, par **G. Grocco** (*Gazetta med. Ital. Lomb.*, 1882). — Traité clinique de l'hystéro-épilepsie ou grande hystérie, par **Paul Richer** (*Paris*, 1882, 2ᵉ *édit.*, 1885). — Ueber normale und kataleptische Bewegungen, par **Rieger** (*Archiv für Psychiatrie, Band XIII*, 1882). — Contribuzione allo studio sperimentale dell' ipnotismo 2° communicazione, par **Tamburrini et Seppilli** (*Rivista sperimentale di freniatria*, 1882). — De l'hypnotisme, par **Yung** (*Revue internationale des sciences*, 1882). — Hypnotisme chez des sujets sains. Fascination chez des sujets non malades, par **Brémaud** (*Société de biologie*, 1883). — Suggestion a l'état de veille, par **Dumontpallier** (*Ibid.* 1883). — Etude expérimentale sur la métalloscopie, l'hypnotisme et l'emploi de divers agents physiques dans l'hystérie, par **Dumontpallier** et **Magnin** (*Compt. rend. de l'Académie des sciences*, *p.* 60, 1883). — Les hystériques hypnotiques comme sujets d'expérience en médecine mentale, par **Féré** (*Archives de Neurologie*, 1883). — Der sogenannte Lebensmagnetismus oder Hypnotismus, par **E.-L. Fischer** (*Mainz*, 1883). — Ueber Veraenderungen im Stoffwechsel unter dem Einfluss der Hypnose und bei der Paralysis agitans, par **Gustave Gürtler** (*Archiv für Psychiatrie, Band XIV*, 1883). — Les hystériques, par **Legrand du Saulle** (*in*-8, *Paris*, 1883). — Remarques générales sur l'hypnotisme, par **P. Magnin** (*Société de biologie décembre* 1883). — Note sur les phénomènes neuro-musculaires de l'hypnotisme, par **P. Richer** (*Ibid.*, 1883). — Hypnotisme et contracture, par **Ch. Richet** (*Ibid.*, 1883). — Ueber normale und kataleptisch Bewegungen, par **Rieger** (*Archiv für Psychiatrie* 1882). — Somnambulisme provoqué, par **Beaunis** (*Ibid.*, 1884). — Hypnotisme expérimental. La dualité cérébrale et l'indépendance fonctionnelle des deux hémisphères cérébraux, par **E. Bérillon** (*Thèse de Paris*, 1884). — Suggestion a l'état de veille. Suggestion a l'état hypnotique, par **Bernheim** (*Bulletin de la Société de biologie*, *p.* 219 *et* 516, 1884). — De la suggestion dans l'état hypnotique et dans l'état de veille, par **Bernheim** (*In*-8, *Paris*, 1884). — Les paralysies par suggestion, par **Binet et Féré** (*Revue scientifique, juillet* 1882). — Suggestion a l'état de veille chez les hystériques, par **Bottey** (*Bull. Soc. de biologie*, *p.* 171, 1884). — Le magnétisme animal. Étude critique et expérimentale sur l'hypnotisme ou sommeil nerveux provoqué chez les sujets sains, etc., par **Bottey** (*Paris*, 1884). — État de fascination dans la série hypnotique. Conditions favorables a l'hypnotisme. Abolition des suggestions a l'état de veille. Passage de la léthargie au somnambulisme. Somnambulisme d'emblée, par **Brémaud** (*Société de biologie*, *p.* 169, 170, 279, 282 *et* 737, 1884). — Suggestion magnétique, par **Burcq** (*Ibid.*, *p.* 373, 1884). — La médecine d'imagination, par **Féré** (*Progrès médical, avril* 1884). — Transfert chez les hypnotiques. Somnambulisme partiel, par **Féré** et **Binet** (*Société de biologie*, *p.* 442, 491, 1884). — De la suggestion dans l'état hypnotique, par **Janet** (*Revue politique et littéraire* 1884). — Étude clinique et expérimentale sur l'hypnotisme. De quelques effets des excitations périphériques chez les hystéro-épileptiques a l'état de veille et d'hypnotisme, par **P. Magnin** (*Thèse de Paris*, 1884). — Des suggestions hypnotiques. Leçons recueillies par Dave-

zac, par **A. Pitres** (*Bordeaux*, 1884).—Paralysies psychiques expérimentales, par **P. Richer** et **Gilles de la Tourrette** (*Société de biologie, p.* 198, 1884). — Origine du mot magnétisme animal. Suggestion sans hypnotisme, par **Ch. Richet** (*Ibid., p.* 334 *et* 551, 1884). — L'homme et l'intelligence, par **Ch. Richet** (*in*-8, *Paris*, 1884). — Suggestion mentale, par **de Varigny** (*Soc. de biol., p.* 381, 1884). — La thérapeutique morale et la suggestion, par **Alphandery** (*Thèse doct. Paris*, 1885).—L'expérimentation en psychologie par le somnambulisme provoqué, par **H. Beaunis** (*Revue philosophique*, 1885). — Études physiologiques sur le somnambulisme provoqué, par **H. Beaunis** (*Revue médicale de l'Est*, 1885). — Souvenirs latents et suggestions a longue échéance, par **Bernheim** (*Mémoires de la Société de biologie*, 1885, *p.* 135). — Hypnotisme et responsabilité, par **Binet et Féré** (*Revue Philosophique*, 1885). — Des zones léthargogènes léthargo-frénatrices, par **Blanc-Fontenille** (*Société d'anatomie de Bordeaux*, 1885). — Action des médicaments a distance chez les hystériques. — Des phénomènes d'inhibition et de dynamogénie chez deux hystéro-épileptiques, par **Bourru** et **Burot** (*Association française. Congrès de Grenoble*, 1885). — Zur Physiologie der thierischen Hypnotismus, par **Danilewsky** (*Centralblatt für die med. Wissensch. mars* 1885).—Recherches expérimentales sur l'hystérie (Anorexie, inanition, boulimie, anurie), par **Debove** et **Flamand** (*Société médicale des hôpitaux*, 14 *août* 1885). — Action vaso-motrice de la suggestion chez les hystériques, par **Dumontpallier** (*Société de biologie*, 17 *octobre* 1885). — De la suggestion dans l'hypnose, par **Ferrand** (*Paris*, 1885). — Sull'azione a distanza dei medicamenti, par **G. Grocco** (*La Riforma medica*, *n°* 220, 23 *septembre* 1885).—Ueber Beziehungen Lovischen Hypnotismus und cerebrales Blutfülung, par **Hans Kaane** (*Wiesbaden* 1885).— Sur quelques phénomènes de l'hypnotisme, par **Likhonin** (de St-Pétersbourg) (*Vratch*, 1885, *et London med. record*, 15 *juin* 1885). — Note sur les hémorragies cutanées par auto-suggestion dans le somnambulisme provoqué, par **Mabille** (*Progrès médical, p.* 155, 1885). — Des zones hystérogènes et hypnogènes. Des attaques de sommeil. Leçons recueillies par Davezac, par **A. Pitres** (*Bordeaux*, 1885).— Leçons cliniques sur l'hystérie et l'hypnotisme professées a l'hopital Saint-André de Bordeaux (*souspresse*) par **A. Pitres**.—Un capitolo di Psicofisiologia, par **Del Pozzo di Monbello** (*Foligno* 1885). — I fenomeni di suggestioni nel sonno ipnotico e nella veglia, par **G. Seppilli** (*Rivista sperimental. di Freniatria, p.* 325, 1885).— Su alcuni fenomeni rari che si presentano durante l'ipnotismo e fuori di esso, par **B. Sylva** *Rivista clinica di Bologna*, 1885). — De l'hypnotisme employé comme traitement de l'aliénation mentale et des applications de la suggestion chez les aliénés et les nerveux, par **A. Voisin** (*Association française. Congrès de Grenoble*, 1885). — Magnétisme et hypnotisme, par **Cullerre** (*Paris*, 1886).

1° Historique.

Depuis une dizaine d'années l'étude de l'hypnotisme est entrée dans des voies nouvelles. Des observateurs sérieux, habitués à la pratique de la méthode expérimentale, et jouissant dans le monde scientifique d'une légitime notoriété, se sont efforcés d'analyser les conditions de production et les manifestations symptomatiques des phénomènes très complexes qui caractérisent les divers états hypnotiques. Il en est résulté qu'une foule de faits, dénaturés autrefois par les rêveurs ou exploités par les charlatans, sont entrés dans le courant des recherches scienti-

fiques régulières et ont reçu une interprétation naturelle. Avant de résumer les découvertes importantes qui ont été accomplies dans ces dernières années, il nous paraît utile de rappeler brièvement les différentes phases par lesquelles a passé la question, et de montrer que les théories qui se sont succédées depuis des siècles sous les noms de magnétisme animal, mesmérisme, somnambulisme magnétique, etc., étaient fondées sur la connaissance incomplète des faits qui constituent aujourd'hui l'histoire de l'hypnotisme.

Les premières traces du magnétisme animal se trouvent dans les ouvrages de Paracelse. Selon cet auteur, un *fluide vital* émané des astres met en communication les êtres entre eux. Tout homme possède une vertu attractive et cachée, un *magnès* lui permettant, s'il est sain, d'attirer l'aimant des personnes malades.

Ce système, qu'on appelait alors système de la *sympathie magnétique*, eut d'assez nombreux partisans, parmi lesquels il faut compter André Tentzelius, Rumilius, Pharamond, Bettray, le chevalier Kenelm Digby, Oswald Crolt, Bartholin, Haumann, Loysel, Dolé, Gaffard, etc.

Les idées de Paracelse trouvèrent de redoutables contradicteurs dans le chimiste Libarius et le médecin Sennert, et furent victorieusement combattues par de Lisle et Naudé. Néanmoins elles jetèrent en Allemagne de profondes racines. En 1608, Glocenius fit paraître sur la cure magnétique des plaies un volumineux traité que développèrent encore, en 1621, avec de nouveaux faits, J.-E. Burgraave et Van Helmont.

Quelque temps après, en 1640, paraît en Angleterre un nouveau champion, Robert Fludd, l'auteur de la philosophie de Moïse. Recherchant la cause d'où dépend la vertu magnétique, il la trouve dans l'émission de rayons qui, partant de l'étoile polaire et traversant comme des torrents toute la terre, affecteraient plus particulièrement l'aimant. — L'homme a ses pôles, comme la terre a ses vents contraires ou favorables. « Deux personnes s'approchent-elles, et les rayons qu'elles envoient ou leurs émanations se trouvent-ils repoussés, réfléchis de la circonférence au centre, l'antipathie se produit, et, dans ce cas, le magnétisme est négatif. Il est positif, au contraire, s'il y a attraction de part et d'autre et émission du centre à la circonférence. Dans le dernier cas, non seulement les maladies, les affections particulières se communiquent, mais même les affections morales, d'où résulte, toujours suivant la même théorie, la distinction du magnétisme en *magnétisme spirituel* ou *moral* et en *magnétisme corporel*.

Le P. Kircher, tout en voulant combattre Robert Fludd, émit lui-même, en 1641, sur le magnétisme un grand nombre d'idées fausses.

En France, la doctrine eut un médiocre succès, et chaque jour vit diminuer le nombre de ses adeptes. C'est ainsi que Gaffarel se rétracta en 1653, et approuva l'ouvrage de Naudé sur l'*Apologie des grands hommes accusés de magie*.

Il n'en fut pas de même en Allemagne. Sébastien Wirdig, en 1673, reprit et condensa toutes les rêveries astrologiques et magnétiques. Un écossais, Maxwell, les formula en un corps de doctrine que Santanelli réduit en aphorismes. C'est ainsi que la doctrine magnétique se répandit et servit à égarer les imaginations.

Ce rapide aperçu était nécessaire pour l'appréciation des principes d'*Antoine Mesmer.*

Quand il arriva à Paris, en 1778, Mesmer trouva les convictions religieuses ébranlées par la philosophie du XVIIIe siècle. Il s'était produit dans les âmes un vide que chacun cherchait à combler par des aspirations d'un autre ordre. Le besoin de foi faisait embrasser un tas de chimères et d'utopies; une disposition à l'illuminisme se manifestait dans les esprits. La folie des rose-croix n'était pas guérie. Le chef de la secte des élus, Martinez Pasqualis, était peut-être encore à Paris, et son disciple Saint-Martin distillait dans les salons des grands seigneurs la quintessence de sa théosophie. Actif, remuant, assez instruit, avide surtout de renommée, Mesmer profita habilement de cette disposition des esprits.

En 1766, il publiait son premier ouvrage, intitulé : *De l'influence des planètes sur le corps humain.* Il reprenait, tout en la donnant faussement comme sienne, la théorie du fluide universel. Mais ce n'est que quatre ans plus tard qu'il commença à l'appliquer au traitement des malades. Son système comprenait deux termes qui lui donnaient une apparence scientifique : une théorie physique et des faits.

La santé ou la maladie dépendant de la quantité de fluide répandue dans le corps, il s'agissait de régler cette quantité. Or, l'emploi de l'aimant était alors en faveur. Pierre Borel recommandait l'aimant contre le mal dentaire et les maladies des yeux et des oreilles; les plaques aimantées du P. Hell faisaient merveille. Mesmer s'en saisit et en dirigea l'emploi suivant les principes de sa théorie. Ces plaques étaient des sortes de condensateurs d'un fluide qu'on pouvait faire passer dans toutes sortes de corps, organisés ou non. L'homme lui-même, imprégné de ce fluide pouvait le répandre au dehors, et rendre magnétiques, rien qu'en les touchant, « du papier, du pain, de la laine,de la soie, du cuir, des pierres, du verre, de l'eau, des métaux, du bois, des hommes, des chiens, etc. »

Le magnétisme animal était fondé. Mais c'est en 1779 seulement que la doctrine fut nettement formulée dans 27 propositions devenues célèbres. En voici quelques-unes :

10) La propriété du corps animal qui le rend susceptible de l'influence des corps célestes et de l'influence réciproque de ceux qui l'environnent, manifestée par son analogie avec l'aimant, m'a déterminé à la nommer *magnétisme animal.*

11) L'action et la vertu du magnétisme animal, ainsi caractérisées, peuvent être communiquées à d'autres corps animés ou inanimés. Les uns et les autres en sont plus ou moins susceptibles.

20) L'aimant, soit naturel, soit artificiel, est, ainsi que les autres corps, susceptible du magnétisme animal, et même de la vertu opposée sans que, ni dans l'un ni dans l'autre cas, son action sur le fer et l'aiguille souffre aucune altération, ce qui prouve que le principe du magnétisme diffère essentiellement de celui du minéral.

21) Ce système fournira de nouveaux éclaircissements sur la nature du feu, de la lumière, ainsi que dans la théorie de l'attraction, du flux et du reflux, de l'aimant et de l'électricité.

22) Il fera connaître que l'aimant et l'électricité artificielle n'ont, à l'égard des maladies, que des propriétés communes avec une foule d'au-

tres agents que la nature nous offre et que, s'il est résulté quelques effets utiles, de l'administration de ceux-là, ils sont dus au magnétisme animal.

23) On reconnaîtra par ces faits, d'après les règles que j'établirai, que ce principe peut guérir immédiatement les maladies des nerfs et immédiatement les autres.

24) Qu'avec son secours, le médecin est éclairé sur l'usage des médicaments ; qu'il perfectionne leur action et qu'il provoque et dirige les crises salutaires, de manière à s'en rendre le maître.

25) En communiquant ma méthode, je démontrerai, par une théorie nouvelle des maladies, l'utilité universelle du principe que je leur oppose.

26) Avec cette connaissance, le médecin jugera sûrement l'origine, la nature et les progrès des maladies, même des plus compliquées ; il en empêchera l'accroissement et parviendra à leur guérison sans jamais exposer le malade à des effets dangereux ou à des suites fâcheuses, quels que soient l'âge, le tempérament et le sexe.

27) Cette doctrine, enfin, mettra le médecin en état de bien juger du degré de santé de chaque individu et de le préserver des maladies auxquelles il pourrait être exposé. L'art de guérir parviendra ainsi à sa dernière perfection.

Voilà pour la théorie. La pratique a un peu varié.

Tout d'abord, on n'employa que l'attouchement et le regard. Le magnétiseur, le dos tourné au nord, s'asseyait en face du sujet, les genoux touchant les genoux, les yeux dans les yeux, les mains sur les hypochondres ou sur la région lombaire. Parfois des conducteurs magnétiques, des baguettes de fer ou de verre, susceptibles de concentrer le fluide émané de l'opérateur, rendaient le même office.

Mais ce n'était encore là que les petits moyens du début. Plus tard, avec l'engouement du public, les procédés se modifièrent. C'est alors que nous voyons intervenir le *baquet*.

Dans une grande salle, où la lumière n'arrivait que tamisée par d'épais rideaux, se trouvait une caisse circulaire en bois de chêne, munie d'un couvercle percé de trous et ayant six pieds de diamètre et un pied et demi de hauteur. Dans le fond de la caisse, un premier lit de limaille de fer et de verre pilé ; au-dessus, des bouteilles pleines d'eau et disposées en forme de rayons, les goulots au centre, le fond à la circonférence, formaient une deuxième couche ; des tiges de fer plongeaient au milieu de cet attirail qui baignait dans l'eau. De ces tiges, coudées et terminées en pointe, quelques-unes étaient assez longues pour atteindre au second et même au troisième rang des malades. Enfin une corde partant du baquet reliait tous les adeptes.

Les tiges amènent le fluide sur les malades ; la corde, en unissant ces derniers, en assure l'égale répartition. Un *piano-forte* ou *harmonica* jouant des airs variés aide par ses vibrations à la diffusion du fluide. Ainsi le veut la seizième proposition.

Ce n'est pas tout et l'effet est encore minime. Mais vienne le maître lui-même, réservoir du fluide, le courant animal du magnétiseur, se rencontrant avec celui de la cuve, forme un véritable torrent. Dès lors, la scène commence. Les yeux s'égarent, les gorges se serrent et se sou-

lèvent, les têtes se renversent ; on gémit, on suffoque et des mouvements tétaniques se montrent, auxquels font bientôt suite des cris, des convulsions, des culbutes. Voici bientôt le délire. Les traits bouleversés, les cheveux au vent, les femmes se jettent les unes sur les autres, s'embrassent, se repoussent ou vont donner de la tête contre les murs, heureusement matelassés. Généralement, pareille surexcitation est longue à s'établir ; l'accoutumance diminue la durée des prodromes. Mais qu'une malade soit lancée, bien vite l'imitation s'empare des autres et le tumulte est à son comble. Le maître est obligé d'intervenir pour tout calmer.

Ce sont bien là de véritables crises d'hystérie convulsive ; en débrouillant les descriptions on pourrait les classer en périodes depuis l'aura du début jusqu'au délire final.

Le bruit augmentant encore autour du nom de Mesmer, celui-ci échangea son logement de la place Vendôme pour un grand hôtel, l'hôtel Bullion, où il tenait quatre baquets et prenait des pensionnaires.

Mesmer se souciait peu de l'opinion du monde savant. Il voulait être cru sur parole. « Que l'on cherche sérieusement, disait-il, à établir que j'ai guéri, sans me demander à guérir de nouveau pour prouver que je sais, dans l'occasion, comment m'y prendre pour guérir. » (Richer.)

Ce n'était point là l'avis de son disciple d'Eslon, régent de la Faculté, qui semblait rechercher au contraire la discussion et le contrôle de ses collègues. Il proposa deux séries d'expériences, mais se buta à un esprit de parti facile à comprendre en se reportant aux mœurs et à la solidarité médicales de l'époque. Il fut même suspendu de voix délibérative avec menace de radiation, si, au bout d'un an, il n'avait pas désavoué le mesmérisme. La Faculté condamnait, sans examen, et doctrine et pratique.

Fort heureusement, quatre ans plus tard, le gouvernement intervint. Le 12 mars 1784, le roi nomma une commission composée de quatre membres de la Faculté : Borie, Sallin, d'Arcet et Guillotin, auxquels furent adjoints Francklin, de Borie, Bailly et Lavoisier de l'Académie des sciences.

En même temps une deuxième commission fut formée au sein de la Société de médecine. Elle était composée de Poissonnier, Caille, Mauduyt, Andry et Laurent de Jussieu.

Chacune d'elles devait déposer un rapport distinct. Ce sont ces mémoires qu'il nous faut maintenant examiner.

Le problème renfermait deux termes qu'il fallait séparer et élucider : l'existence du magnétisme animal, ses effets et vertus curatives. Malheureusement, de l'aveu même de d'Eslon, le fluide échappe à tous les sens, rien ne peut le déceler et le baquet ne contient rien d'aimanté. Le magnétisme animal ne se manifeste que par son action sur les corps animés.

Quelle est donc cette action? Il était d'abord essentiel que les expériences portassent non sur des phénomènes à marche lente, variables d'individu à individu, mais sur des effets momentanés, sur des changements observables. De ces effets momentanés, les uns, trop subjectifs, mal définis, devaient êrre laissés de côté : des sensations internes, des troubles de sécrétion. C'était la crise qu'il fallait étudier et c'est elle qui va concentrer l'attention des commissions.

Tout d'abord, il est difficile, sinon impossible de la provoquer sur des sujets isolés; les expérimentateurs magnétisés eux-mêmes par d'Eslon pendant trois jours de suite, présents au baquet, n'éprouvaient rien autre qu'un peu d'agacement des nerfs. Les effets nerveux auxquels sont en proie les malades de Mesmer ou de ses adeptes se montrent surtout chez les femmes et il n'est nul besoin d'invoquer pour leur explication l'influence mystérieuse d'un fluide inconnu. Trois causes y concourent : *les attouchements*, *l'imagination*, *l'imitation*. Pas n'est besoin d'invoquer d'autres influences, et les commissions concluent que le magnétisme animal n'existe pas, que ses vertus curatives sont nulles et ses pratiques dangereuses et même scabreuses.

Ce rapport fut déposé le 11 août 1784. L'un des commissaires, Laurent de Jussieu, ne voulut pas le signer et même en rédigea un autre qu'il publia (12 septembre), malgré les instances de ses collègues. Certains faits l'embarrassaient; les attouchements, l'imitation, l'imagination ne pouvaient en rendre compte. Il a vu, sur la simple présentation de la baguette à distance, des crises parcourir les trois phases classiques d'*éréthisme*, de *stase* et de *détente*. Il croit à l'existence du fluide universel et donne la chaleur comme l'agent immédiat de toutes fonctions animales.

« En somme la pensée qui se détache de cette œuvre, dit Dechambre, à qui nous avons beaucoup emprunté dans l'histoire rapide que nous venons de faire du mesmérisme, c'est que Mesmer est sur la trace d'une vérité féconde, gâtée par l'insuffisance scientifique ou par des causes d'un autre ordre et qu'il appartiendrait à la science de reprendre et de féconder. »

Ici finit le mesmérisme proprement dit. Condamné par les savants, abandonné par le gouvernement, il commença bientôt à sentir la défaveur du public. Mesmer cherche à magnétiser Henri de Prusse et ne peut y réussir ; la princesse de Lamballe brave le baquet et l'empire du merveilleux décline visiblement.

En 1784, avec le marquis Chastenet de Puységur naît le *somnambulisme magnétique*. Les nouveaux faits apportés par lui devaient transformer le magnétisme animal.

Puységur connaissait les pratiques de Mesmer. Un jour il se décide à les essayer sur quelques malades des environs de sa terre de Buzancy. Ses premières tentatives sont couronnées de succès. Et voilà qu'un phénomène inattendu se présente. Un jeune paysan, atteint depuis quatre jours d'une fluxion de poitrine, sous l'influence des pratiques magnétiques, s'endort paisiblement, parle, marche, chante les airs qu'on lui indique. (Lettre du 8 mai 1784.)

Les observations se multiplient et dès lors commence une procession telle de malades que Puységur, n'y pouvant suffire, se voit obligé, comme Mesmer, de magnétiser un arbre. « Ses émanations, dit un témoin oculaire, se distribuent au moyen de cordes dont le corps et les branches sont entourés, qui en appendent dans toute la circonférence et se prolongent à volonté. On a établi autour de l'arbre mystérieux plusieurs bancs circulaires en pierre, sur lesquels sont assis tous les malades, qui, tous enlacent de la corde les parties souffrantes de leur corps. Alors l'opération commence, tout le monde formant la chaîne et se tenant par le pouce.

Le fluide magnétique circule dans ces instants avec plus de liberté; on en ressent plus ou moins l'impression. Mais voici l'acte le plus intéressant. M. de Puységur... choisit entre ses malades plusieurs sujets que par attouchement de ses mains ou présentation de sa baguette (verge de fer) il fait tomber en crise parfaite.

Le complément de cet état est une apparence de sommeil, pendant lequel les facultés physiques paraissent suspendues, mais au profit des facultés intellectuelles. On a les yeux fermés. Le sens de l'ouïe est nul: il se réveille seulement à la voix du maître. Il faut bien se garder de toucher le malade en crise, même la chaise sur laquelle il est assis: on lui causerait des angoisses, des convulsions, que le maître seul peut calmer. Ces malades en crise, qu'on nomme *médecins*, ont un pouvoir surnaturel par lequel, en touchant un malade qui leur est présenté, en portant la main par-dessus les vêtements, ils sentent quel est le vicère qui est affecté, la partie souffrante; ils le déclarent et indiquent à peu près les remèdes convenables (P. Richer). Si Puységur s'était contenté de fixer son attention sur des phénomènes simples et de les analyser, peut-être eût-il réussi à débrouiller un peu le chaos formé par son prédécesseur; mais l'attrait du merveilleux est là, il est difficile d'y résister, surtout quand l'enthousiasme populaire vous y pousse.

En 1787, apparaît à Lyon un nouvel adepte du somnambulisme, le docteur Petetin, praticien de mérite, que quelques travaux avaient fait estimer.

Dans le somnambulisme, ce n'est pas, selon lui, le fluide universel qui entre en action, mais l'électricité animale. Tous les effets de cet agent appartiennent à la catalepsie et se rapportent à quatre formes :

1° Catalepsie hystérique avec transport des sens à l'épigastre, à l'extrémité des doigts et des orteils ;

2° Catalepsie hystérique avec transport des sens à l'épigastre, sans disposition des membres à conserver les attitudes communiquées ; ni « à transmettre à l'aine les impressions que les objets intérieurs font sur les extrémités des doigts et des orteils; »

3° Catalepsie avec somnambulisme et transport des sens à l'épigastre;

4° Catalepsie extatique avec transport des sens à l'épigastre et à l'extrémité des doigts et des orteils.

Les cataleptiques de Petetin ont une insensibilité générale ou des anesthésies partielles. Le fer, le feu, ne peuvent amener de réaction. Elles peuvent causer avec le magnétiseur et exécuter ses ordres, et, sans l'action de la parole, suivre la main qui les attire. Elles peuvent voir, entendre et goûter par l'épigastre, les doigts ou les orteils. Comme celles de Puységur, elles ont la pressensation et peuvent lire dans leur propre corps ou ceux des malades qui leur sont présentés. Ainsi s'accentue encore la note merveilleuse.

La Révolution arrête quelque peu les magnétiseurs. Puységur est emprisonné, et Bailly, le rapporteur de la commission qui jugea Mesmer, guillotiné.

Nous arrivons ainsi à 1813, époque à laquelle Deleuze publie son *Histoire critique du magnétisme animal.*

Deleuze déclare tout d'abord s'éloigner systématiquement de l'étrange

et du merveilleux. « Ce n'est pas, dit-il, avec les faits extraordinaires que l'on peut espérer d'entraîner la conviction des sceptiques. Il y a toujours plus à parier pour un mensonge que pour un miracle, comme on l'a fort bien dit; ainsi quand on nous annonce un fait miraculeux, nous n'avons pas tort de croire d'abord qu'il est faux. »

Pas de théorie. Il veut des faits bien étudiés, à comparer, à classer, à relier ensuite.

Voilà certes une bonne méthode. Mais Deleuze se fourvoie de suite. Il ne recherche dans le magnétisme que ses vertus curatives. Selon lui son efficacité dépend entièrement *d'une volonté active vers le bien, d'une croyance ferme en sa puissance, d'une confiance entière en l'employant.* Vous réussirez toujours si vous « touchez attentivement des malades avec la volonté de leur faire du bien, et que cette volonté ne soit distraite par aucune autre idée. »

Nous voilà loin des promesses du début. D'ailleurs, dans son livre, pas un seul fait rigoureux, pas une preuve scientifique du magnétisme.

A ce moment, brille à Paris un brahmine venu des Indes, qui avait nom Faria. Il professait que la cause quelconque du somnambulisme ne réside en aucune façon dans la personne de l'opérateur, contre la volonté duquel il peut se produire, mais qu'elle sa raison d'être dans le sujet lui-même. Il n'est pas besoin de gestes ou de passes. Il suffit de dire au sujet prédisposé : Dormez, pour le voir tomber, après quelques secousses, dans le *sommeil lucide.* Il connaissait les hallucinations du goût, et savait faire croire à un malade qu'il avalait du champagne en lui faisant goûter d'un breuvage quelconque; avec lui l'âme des magnétisés se promène aux Indes, aux États-Unis et jusque dans la lune, nous rapportant sur le mode d'existence des êtres de cette planète, sur leur démarche, leur reproduction, des faits indéniables.

En 1820, on pouvait espérer voir le magnétisme s'engager dans une voie vraiment scientifique. Husson lui ouvrait son service de l'Hôtel-Dieu, et le baron Dupotet se chargeait lui-même d'une partie des expériences que répétaient à la Salpêtrière Rostan et Georget. Le docteur Bertrand, ancien élève de l'Ecole polytechnique, les vulgarisait dans des cours publics.

Cette fois encore, on n'aboutit à rien. On avait affaire à des sujets manifestement hystériques, mais on s'en laissa imposer par eux. Au lieu d'étudier chez Pétronille, Samson, Maunoury, les caractères purement somatiques du somnambulisme qu'on avait sous les yeux, on se laissa entraîner à la vérification de la transposition des sens, de la prévision des maladies et des moyens curatifs à leur opposer. Le conseil général des hospices s'en mêla et enjoignit de cesser les opérations.

Mais voici qu'en 1825, les Académies de médecine et des sciences se trouvent, de nouveau, mêlées à la question. Le docteur Foissac, dans une note reçue le 11 août, leur déclarait que « en posant successivement la main sur la tête, la poitrine et l'abdomen d'un individu, les somnambules découvrent aussitôt les maladies, les douleurs et les altérations diverses qu'elles occasionnent. Ils indiquent en outre si la cure est possible, facile ou difficile, prochaine ou éloignée, et quels moyens doivent être employés pour atteindre ce résultat par la voie la plus prompte et la plus sûre. Dans cet examen, les somnambules ne s'écartent jamais des

principes avoués de la saine médecine, et leurs inspirations tiennent du génie qui animait Hippocrate. »

Cuvier accusa réception de l'envoi. Mais l'Académie de médecine, s'en tenant à son rapport de 1784, ne fit aucune réponse.

Le 11 octobre, un second mémoire de Foissac l'invite « à recommencer l'examen du magnétisme animal ». Après une discussion assez vive, le 28 février 1826, une commission est nommée avec Leroux, Double, Bourdois, Magendie, Guersant, Laennec, Tillaye, Marc, Fouquier, Gueneau de Mussy, Esquirol et Husson, rapporteur.

Le rapport ne fut déposé que cinq ans après (1831), et ses conclusions ne renferment pas moins de trente paragraphes.

Il déclare que les frictions, les gestes, les passes ne sont pas toujours nécessaires à la production du magnétisme. La volonté, la fixité du regard suffisent souvent. Le temps nécessaire à l'établissement du somnambulisme est variable depuis une demi-heure jusqu'à une minute. Chez quelques sujets, les effets sont insignifiants et fugaces, et il suffirait, pour les expliquer, de les rapporter à l'imagination, qui exerce un si grand empire sur certains esprits et certaines imaginations. Chez d'autres, il s'opère des changements plus ou moins remarquables dans les perceptions et les facultés.

Les somnambules sont, la plupart du temps, complètement étrangers au bruit extérieur et inopiné fait à leurs oreilles, tels que le retentissement des vases de cuivre vivement frappés près d'eux, la chute d'un meuble, etc.

« Les yeux sont fermés (§ 16-*b*), les paupières cèdent difficilement aux efforts qu'on fait avec la main pour les ouvrir; cette opération, qui n'est pas sans douleur, laisse voir le globe de l'œil convulsé et porté vers le haut, quelquefois vers le bas de l'orbite. »

c) « Quelquefois l'odorat est comme anéanti. On peut leur faire respirer l'acide muriatique ou l'ammoniaque sans qu'ils en soient incommodés, sans même qu'ils s'en doutent. Le contraire a lieu dans certains cas, et ils sont sensibles aux odeurs. »

d) « La plupart des somnambules que nous avons vus étaient complètement insensibles. On a pu leur chatouiller les pieds, les narines et l'angle des yeux par l'approche d'une plume, leur pincer la peau de manière à l'ecchymoser, la piquer sous l'ongle avec des épingles enfoncées à l'improviste à une assez grande profondeur, sans qu'ils s'en soient aperçus. Enfin, on en a vu une qui a été insensible à une des opérations les plus douloureuses de la chirurgie et dont la figure, ni le pouls, ni la respiration n'ont pas dénoté la plus légère émotion. »

§ 21. « Pendant qu'ils sont en somnambulisme, les magnétisés que nous avons observés conservent l'exercice des facultés qu'ils ont pendant la veille. Leur mémoire même paraît plus fidèle et plus étendue, puisqu'ils se souviennent de tout ce qui s'est passé pendant tout le temps et toutes les fois qu'ils ont été en somnambulisme. »

§ 22. « A leur réveil, ils disent avoir oublié totalement toutes les circonstances de l'état de somnambulisme et ne s'en souvenir jamais. »

Enfin, § 30..... « L'Académie devrait encourager les recherches sur le magnétisme, comme une branche très curieuse de physiologie et d'histoire naturelle. »

Assurément, ces faits ne sont pas assez rigoureusement observés pour entraîner la conviction. Mais peut-être eussent-ils un peu ébranlé le scepticisme de l'Académie s'ils n'avaient été mêlés à des phénomènes de claivoyance, de prévision intérieure, d'intuition.

« Nous avons vu, dit Husson, § 24, deux somnambules distinguer, les yeux fermés, les objets que l'on a placés devant eux ; ils ont désigné, sans les toucher, la couleur, la valeur des cartes, etc.... »

§ 25. « Nous avons rencontré chez deux somnambules la faculté de prédire des actes de l'organisme plus ou moins compliqués, plus ou moins éloignés..... Leurs prévisions se sont réalisées avec une exactitude remarquable. »

L'Académie, avec beaucoup de parti pris, refusa d'imprimer le rapport.

Le 14 février 1837, un jeune magnétiseur, du nom de Berna, en mettant « ses expériences personnelles » au service de l'Académie, en lui proposant « les moyens de s'éclairer », lui offrit les moyens de prendre sa revanche des conclusions favorables de Husson. Elle nomma immédiatement une commission avec Dubois (d'Amiens) pour rapporteur.

Six mois après, le 22 août, Dubois déclarait l'insuccès de toutes ses expériences de contrôle et réduisait à néant tout ce qu'avait annoncé son collègue. Malgré les protestations de Husson, l'Académie adopta sans discussion les conclusions de Dubois.

Afin de clore définitivement le débat, un de ses membres, Burdin aîné, proposa un prix de 3,000 francs, dont il ferait les frais, « à la personne qui aurait la faculté de lire, sans le secours des yeux et de la lumière, les objets étant placés médiatement ou immédiatement sur des régions autres que celles des yeux. » Les prétendants ne manquèrent pas, mais il est inutile de dire que le prix ne fut pas remporté.

Dès lors, sur la proposition de Double, l'Académie décida, le 1er octobre 1840, qu'elle ne répondrait désormais plus aux communications concernant le magnétisme.

Au moment même où le magnétisme animal semblait définitivement condamné en France, un modeste praticien de Manchester, le docteur *Braid*, déplaçant l'objectif, faisait litière des anecdotes, rejetait les pouvoirs occultes et réduisait le magnétisme aux proportions des sujets accessibles à la science.

Il était, il le dit lui-même, franchement sceptique et regardait les phénomènes que l'on provoquait « comme le résultat d'une connivence secrète ou comme une illusion » lorsque, en novembre 1841, il eut l'occasion d'assister à des expériences de Lafontaine sur le mesmérisme. Il s'aperçut bientôt que « certains phénomènes anormaux » étaient « des choses réelles » et se mit à expérimenter lui-même. Il apprit bientôt qu'il n'y avait pas lieu d'admettre une influence mystérieuse de l'opérateur sur l'opéré et encore moins l'existence d'un fluide magnétique ou mesmérique. Les patients pouvaient se plonger eux-mêmes, par leur seule manière d'être personnelle, dans le sommeil hypnotique. Il s'agissait par conséquent « d'un état de nature subjective et indépendante d'une influence extérieure quelconque, provenant de la personne de l'opérateur » (p. 228 de la traduction française). « En faisant regarder fixement par les patients un petit objet brillant, n'étant pas par lui-même de nature excitante,

objet maintenu un peu au-dessus de la direction ordinaire de la vision, en les priant de concentrer leur attention pendant que le reste du corps était au repos, je remarquai qu'un grand nombre d'entre eux tombait plus ou moins promptement dans un sommeil profond, et présentait tous les phénomènes habituels du magnétisme animal ou du mesmérisme tels qu'on les décrit dans les livres classiques du genre (p. 229). »

Braid donne le nom d'*hypnotisme* au « sommeil nerveux » ainsi produit et le définit « un état particulier du système nerveux déterminé par des manœuvres artificielles » (p 19).

Chez quelques individus, le sommeil était accompagné de perte de la connaissance et de la volonté. L'insensibilité était générale et absolue. « L'oreille n'était pas affectée par le son le plus bruyant... le patient ne s'apercevait point de la présence d'ammoniaque très forte, tenue sous les narines... les piqûres et les pincements de la peau n'attiraient pas son attention » (p. 229). De forts courants galvaniques n'occasionnaient pas de douleur, des opérations chirurgicales pouvaient être faites à son insu. Une fois réveillé, il n'avait aucune souvenance des manœuvres qui avaient été pratiquées sur lui, mais pouvait se les rappeler dans un second sommeil.

Dans certains cas, les muscles restaient à l'état de relâchement, la respiration et la circulation étaient paisibles. Dans d'autres, il y avait catalepsie avec respiration laborieuse et accélération considérable de la circulation.

Les phénomènes de suggestion ont été également, de la part de Braid, l'objet de bonnes analyses. « Les patients, dit-il, montrent une sensibilité exagérée ou de l'insensibilité, une puissance musculaire incroyable ou la perte complète de la volonté, selon les impressions que l'on crée chez eux sur le moment. Ces impressions se produisent à la suite de suggestions auditives, c'est-à-dire provenant d'une personne en laquelle le patient a confiance, ou à la suite de quelque impression physique, à laquelle ils avaient précédemment associé la même idée, ou bien encore par suite de la position, de l'activité ou du repos que l'on a communiqué à leur personne ou à certains groupes de muscles. En effet, on peut jouer avec de semblables patients, dans la phase appropriée du sommeil, *comme sur un instrument musical* et leur faire prendre les rêves de leur imagination pour la réalité actuelle. Leur jugement et leur volonté sont tellement obscurcis, ils sont tellement soumis à leur enchanteur momentané et leur imagination est excitée à un tel point, qu'ils voient, sentent et agissent comme si toutes les impressions qui leur passent par la tête étaient la réalité ; ils sont pleins de ces idées ; ils en sont possédés et agissent en conséquence, quelque folles qu'elles soient (p. 231-232).

Le procédé à employer pour faire cesser le sommeil est aussi simple que celui mis en usage pour le provoquer. Pour réveiller le patient, il suffit de lui frapper dans les mains, de lui frotter les paupières ou mieux encore de « lui projeter un courant d'air contre la face ». Encore une fois, la personnalité de l'expérimentateur n'entre pour rien dans les phénomènes qui se déroulent.

Ici finit ce qu'on pourrait appeler la première phase de la vie scientifique de Braid. Il est évident qu'on pourra davantage et mieux, mais il est certain que ce qu'il a vu est bien vu, ce qu'il a fait bien fait et désor-

mais acquis à la science. Malheureusement et naturellement aussi, en qualité d'inventeur, Braid aspire à découvrir chaque jour, et malgré ses dénégations antérieures, il subit, lui aussi, la fascination de l'étrange et du merveilleux.

En 1842, la phrénologie trouvait en France un certain crédit et éveillait la curiosité en Angleterre. Braid s'y laissa entraîner et chercha à contrôler la carte topographique découpée par Gall. Nous n'entrerons pas dans l'exposé de ses expériences de phréno-hypnotisme. Mais il est bon que les curieux lisent attentivement cette deuxième partie de son œuvre. Ils y trouveront des faits bien observés.

Le braidisme fut oublié comme l'avait été le mesmérisme et pendant près de vingt ans, on ne s'occupa plus scientifiquement de ces questions.

En 1860, le docteur Azam fut appelé à donner des soins à une malade atteinte de catalepsie spontanée, d'anesthésie et d'hyperesthésie. Il en profita pour reprendre sur elle les expériences de Braid, « non sans avoir des doutes, dit-il, tant les résultats annoncés me paraissaient extraordinaires... Au premier essai, après une minute ou deux de la manœuvre connue, ma jeune malade était endormie, l'anesthésie complète, l'état cataleptique évident. A la suite survint une hyperesthésie extrême avec possibilité de répondre aux questions et d'autres symptômes particuliers du côté de l'intelligence. »

Ce qui frappa le plus dans les observations d'Azam, ce fut le sommeil anesthésique. On y crut voir un nouveau procédé propre à remplacer le chloroforme et moins dangereux que lui. A la suite d'une observation communiquée par Velpeau et Broca à l'Académie des sciences, les expériences se multiplièrent; des observations d'anesthésie furent rapportées par Follin, Velpeau, Broca, Verneuil, Natalis Guillot, Préterre. De cette même époque datent les publications de Demarquay et Giraud-Teulon de Gigot-Suard, de Philips. Quelques insuccès refroidirent un peu le zèle des chirurgiens et leur firent considérer l'hypnotisme comme une névrose extraordinaire sur laquelle il était difficile de baser une méthode chirurgicale.

En 1864, Lasègue publie un mémoire sur *l'anesthésie et l'ataxie hystériques* et étudie en 1865 les *catalepsies partielles et passagères*.

En 1866, Mesnet nous donne son *étude du somnambulisme au point de vue pathologique*, et la même année Liebault (de Nancy) fait paraître son *traité du sommeil et des états analogues* où il s'occupe surtout d'appliquer à la thérapeutique le procédé des suggestions hypnotiques.

Mesnet, en 1874, publie de nouvelles observations.

A cette même date, doivent se placer les deux articles de Dechambre et de Mathias Duval. Pour Dechambre, il n'y a dans les phénomènes magnétiques que supercheries et impostures, que charlatans se jouant de la crédulité aveugle de quelques-uns. Pour M. Duval, au contraire, l'existence de l'hypnotisme est indiscutable, et, passant en revue l'œuvre de Braid et les travaux publiés jusqu'en 1873, il en donne des preuves indéniables. « Il faut se garder, dit-il, de rejeter trop vite un fait étonnant en incriminant sa véracité; avec la physiologie pour guide, on trouvera souvent que ce n'est pas le fait lui-même qu'il faut nier, mais son interprétation. » Mais « avec une sage réserve» il laisse de côté le somnam-

bulisme et s'en tient à la théorie de l'hypnotisme par fatigue de la vue.

En 1875, M. Ch. Richet, commençant la série de ses intéressantes recherches, publie dans le journal de Robin un article sur le somnambulisme provoqué. Dans ce mémoire, il démontre, entre autres choses, les trois propositions suivantes :

« 1° On ne peut admettre que les phénomènes somnambuliques, magnétiques ou hypnotiques sont dus à la simulation. L'existence du somnambulisme provoqué est aussi certaine et aussi indéniable que l'existence de l'épilepsie ou de la fièvre typhoïde »

« 2° Les passes magnétiques, les excitations faibles de toute nature agissent aussi bien et même mieux que la fixation d'un objet brillant pour déterminer le somnambulisme. »

« 3° Les phénomènes qu'on observe se montrent aussi dans les diverses intoxications ou perversions du système nerveux central. Elles consistent principalement en deux phénomènes : l'hallucination provoquée et l'automatisme. »

Mais nous n'avons jusqu'ici que des travaux isolés. L'élan ne fut véritablement donné que le jour où *Heidenhain* en Allemagne et *Charcot* en France s'appliquèrent l'un et l'autre à l'étude de l'hypnotisme. Ils y furent conduits par des motifs différents. Heidenhain, assistant aux représentations du magnétiseur danois Hansen, fut frappé des faits dont il fut témoin. Persuadé que tout n'était pas faux dans ces expériences, il les répéta et reconnut ainsi la réalité d'un certain nombre de phénomènes dont il analysa les conditions de production et dont il donna la description dans une brochure substantielle qui eut un grand retentissement.

Charcot fut amené à étudier l'hypnotisme par le développement naturel de ses recherches sur l'hystérie. Après avoir étudié les attaques convulsives, les zones hystérogènes, l'hémianesthésie, l'ovaralgie, etc., etc., il dirigea ses recherches vers les troubles psychiques de l'hystérie et particulièrement vers les phénomènes du somnambulisme provoqué; il analysa les symptômes de l'hypnotisme et découvrit, en s'appuyant sur des observations rigoureuses, les différentes phases de cet état particulier du sommeil nerveux : la catalepsie, la léthargie, le somnambulisme. Les travaux de Charcot datent de 1878, et marquent une phase nouvelle. Dès lors l'hypnotisme prend rang dans la science officielle.

Outre les leçons de M. Charcot, publiées par le *Progrès médical*, ses communications à l'Académie des sciences, ses mémoires des *Archives de neurologie*, signalons comme émanant de la Salpêtrière les belles études cliniques de M. Paul Richer, ainsi que celle de MM. Bourneville et Regnard, Féré, Binet, etc.

A partir de ce moment les travaux se multiplient avec une remarquable rapidité. Parmi les plus importants, il convient de citer en France ceux de MM. Dumontpallier, Magnin, Bernheim, Brémaud, Ladame, Chambard, Pitres, et en Italie et en Allemagne ceux de Tamburini et Seppilli, Silva, Grützner, Berger, Preyer, Baümler, Benedikt, etc. C'est à l'analyse de ces travaux que vont être consacrées les pages suivantes.

2° Des procédés hypnogènes.

Un grand nombre de moyens peuvent être employés pour produire l'hypnose artificielle. Il y a lieu de les diviser en deux catégories. Les uns, mis en usage autrefois par les magnétiseurs, sont de nature complexe, et s'adressent tout à la fois aux sens et aux facultés psychiques ; les autres, simples, analytiques, sont le fruit des recherches scientifiques modernes. Ce sont ces derniers seulement que nous allons passer en revue.

Suivant la voie qu'ils suivent pour impressionner le système nerveux central, les procédés hypnogènes peuvent être rangés sous trois paragraphes :

1° Actions psychiques ; 2° Actions sensorielles ; 3° Actions physiques.

1°. — *Actions psychiques.*

L'attente du sommeil hypnotique, la certitude qu'il ne saurait manquer de se produire, la foi en la puissance de l'expérimentateur, suffisent souvent à déterminer l'hypnose. Braid avait déjà remarqué qu'il est certains sujets « susceptibles d'être affectés *entièrement par l'imagination* » (p. 40). L'expérience suivante a été maintes fois faite à la Salpêtrière, et nous avons souvent eu nous-mêmes l'occasion de la répéter. Persuadez à une hystérique hypnotisable que, de chez vous, à une heure déterminée, vous l'endormirez. Quand l'heure fixée approche, la malade devient inquiète, elle quitte son travail, semble irritée, se met à parcourir la salle, est prise de bâillements, de pandiculations, puis, au moment voulu, s'endort d'elle-même. Heidenhain cite l'exemple suivant : « Le 1er février 1880, dit-il, on annonce à l'étudiant Friedländer que le soir du même jour, à quatre heures, il sera magnétisé à distance, et on l'engage à regarder sa montre un peu avant quatre heures, pour vérifier lui-même l'exactitude de cette assertion. Le Dr Rügner, son voisin, fut chargé de l'observer, et, à l'heure dite, Friedländer s'endormit. La même expérience fut répétée avec succès sur deux de ses camarades qui subirent aussi les effets de la « représentation extensive du sommeil ».

De nombreuses expériences de Bernheim confirment cette production du sommeil par action purement psychique. « Je tâche, dit-il, de concentrer toute l'attention du sujet sur l'idée du sommeil. Je dis : Vos paupières se ferment, vous ne pouvez plus les ouvrir. Vous éprouvez une lourdeur dans les bras, dans les jambes ; vous ne sentez plus rien, le sommeil vient, et j'ajoute d'un ton plus impérieux : dormez. Souvent ce mot emporte la balance, les yeux se ferment, la malade dort. »

Faria n'agissait pas autrement. C'est toujours le somnambulisme qu'on obtient par ce moyen. Bernheim n'a jamais pu produire ainsi la catalepsie ni la léthargie.

Les impressions morales, à la condition d'être vives, subites, entraînent parfois le sommeil hypnotique. Tulpius nous cite l'exemple d'un jeune Anglais qui devint cataleptique en s'entendant refuser la main d'une jeune fille qu'il aimait.

Il ne faut cependant pas s'exagérer l'importance de la suggestion. Ainsi que le dit M. Richer, « l'hypnotisme ne saurait se résumer en une action psychique. » Des expériences de Berger, confirmées par Gscheilden, nous montrent la transformation du sommeil normal en sommeil hypnotique. Une fois ses sujets bien endormis, Berger s'en approchait et tenait ses mains chaudes à peu de distance de leur tête. Quelques minutes suffisaient à produire le résultat cherché. Afin qu'on ne puisse supposer une influence personnelle, Berger modifia son expérience. Au lieu de l'imposition des mains, il employa des plaques métalliques modérément chauffées. Le résultat fut identique. La transformation se faisait aussi au moyen d'applications unipolaires de courants continus.

2° Actions sensorielles.

A. — *Actions s'adressant au sens de la vue.*

Placez la malade devant un vif foyer lumineux, une lampe de Bourbouze, une lumière de Drummond, une lumière électrique et dites-lui de la fixer. Au bout d'un temps variable, on la voit comme fascinée, immobile ; les yeux sont grand ouverts, la conjonctive injectée et humide. Quel qu'ait été l'état antérieur de la sensibilité, l'anesthésie est complète, totale, la cornée, les muqueuses nasale et auditive sont également insensibles. Les articulations sont sans raideur, les membres ont conservé leur souplesse normale, mais ils ont acquis la propriété de garder l'attitude qu'on leur imprime. Les positions les plus bizarres, les plus illogiques sont longtemps conservées et cela sans fatigue apparente. *La malade est en catalepsie.*

Que la lumière disparaisse brusquement, brusquement aussi un nouvel état succède à la catalepsie. Le sujet tombe à la renverse, la tête rejetée en arrière et le cou saillant. Les paupières fermées sont le siège d'un frémissement continu, les globes oculaires convulsés. L'anesthésie générale persiste, comme dans l'état précédent, mais les membres sont dans la résolution la plus complète ; soulevés, ils retombent flasques. Une propriété musculaire nouvelle est apparue. Il suffit de frotter, de presser à travers la peau un muscle pour le faire entrer en contraction et même en contracture. L'excitation portée sur un tronc nerveux met en jeu tous les muscles qui en ressortissent. Ces quelques données suffisent à caractériser la léthargie hystérique.

En résumé, la fixation d'une lumière intense provoque la catalepsie, la disparition brusque de cette lumière produit la léthargie.

L'influence du regard permet d'obtenir des effets semblables. Il suffit pour cela de fixer la malade dont le regard est dirigé sur celui de l'expérimentateur. Les sujets très sensibles paraissent plongés d'emblée dans l'état léthargique. Mais, en analysant le phénomène, on voit que l'ordre de succession est le même. Il arrive un moment où le regard de la malade prend une certaine fixité ; ses yeux deviennent larmoyants. Retirez-vous alors *lentement* et le sujet restera en catalepsie. Prolongez au contraire l'action du regard et la malade entrera en léthargie.

La personnalité de l'expérimentateur n'est ici pour rien. Son œil n'est qu'un point brillant qu'il donne à fixer au malade; la fixité du regard sur

un objet quelconque amène aux mêmes résultats. Il suffisait de dire à une de nos malades de fixer un des montants en fer de son lit, notre canne, un porte-plume, pour la voir, en quelque secondes, entrer en catalepsie.

Le procédé de Braid diffère un peu de celui-ci. Braid employait la fixation du regard avec convergence des globes oculaires. Il produisait tantôt la léthargie, tantôt le somnambulisme.

La pression des globes oculaires, suivant le procédé de Lasègue, provoque en général la léthargie. En ouvrant les yeux du sujet, on le met en catalepsie. Chez un bon nombre de sujets la pression des globes oculaires détermine l'état somnambulique.

B. — *Actions s'adressant au sens de l'ouïe.*

Les vibrations sonores peuvent, comme la lumière, produire le sommeil hypnotique (Weinhold). L'expérience suivante a été maintes fois répétée à la Salpêtrière. On fait asseoir une hystérique sur la caisse de renforcement d'un gros diapason, qu'un archet met en vibration. Au bout de quelques secondes, la malade paraît comme absorbée, elle reste immobile, les yeux fixes; elle est en catalepsie. Si brusquement on arrête le diapason, immédiatement elle fait entendre un bruit laryngien, se renverse et tombe dans la résolution. Elle est en léthargie.

« Il semblerait donc, dit P. Richer, dans ses études cliniques auxquelles nous empruntons et emprunterons beaucoup encore, que la suppression de l'agent qui a provoqué la catalepsie soit la condition nécessaire de sa disparition pour faire place à la léthargie. Mais il faut que la transition soit brusque, la lumière par exemple éteinte tout d'un coup ou bien les vibrations du diapason soudainement arrêtées. Si on laisse les vibrations s'épuiser d'elles-mêmes, la catalepsie persiste » (p. 525).

Un bruit intense et inattendu, celui d'un tam-tam, d'un gong chinois, provoque également la catalepsie. Lorsque la malade est prévenue et qu'elle tient elle-même l'instrument, il lui arrive parfois de résister et de n'éprouver qu'un simple tressaillement. Mais quand le bruit est inopiné, son effet est immanquable. On a vu, à la Salpêtrière, des hystériques rendues cataleptiques par un coup de gong frappé dans une salle voisine, et Richer raconte l'histoire d'une malade qui s'endormait au concert du Châtelet, à chaque *forte* de la grosse caisse. N'est-ce pas, par un mécanisme analogue, que doivent être interprétés les cas de catalepsie produits par la foudre, dans les exemples de ce genre rapportés par Vieussens, Cardan, Puel et Boudin. Faut-il mettre en cause le bruit soudain du tonnerre ou le choc en retour?

Des impressions auditives faibles, monotones peuvent, à condition d'être prolongées, amener le sommeil hypnotique. Dans une conférence à Breslau, Heidenhain endormit trois étudiants en leur faisant écouter attentivement le tic-tac d'une montre. Ils entraient en catalepsie, s'ils tenaient les yeux ouverts, en somnambulisme, s'ils les tenaient fermés. L'interrupteur électrique a donné à M. Chambard le même résultat.

La compression douce et prolongée des opercules des oreilles permet aussi, chez certains sujets, de déterminer l'hypnose artificielle.

C. — *Actions s'adressant à la sensibilité cutanée.*

Le sommeil peut naître parfois à la suite d'excitations cutanées. Heidenhain a signalé l'action de petites chiquenaudes. Chambard dit avoir endormi une dame « en lui passant légèrement, pendant deux minutes, le doigt sur les parties latérales du cou ». Laborde a signalé, dans une communication à la Société de biologie, la possibilité de produire la catalepsie par le grattage prolongé de la région sterno-mastoïdienne.

Les passes dites magnétiques agissent vraisemblablement, d'après les recherches d'Heidenhain, en déterminant sur la peau des excitations légères et répétées.

La pression de certaines régions du corps peut déterminer le sommeil hypnotique. Ces régions ont été étudiées par l'un de nous sous le nom de *zones hypnogènes*. Leur existence avait été antérieurement reconnue par quelques auteurs. P. Richer signalait en 1879, dans sa thèse inaugurale, l'influence de la pression du vertex sur la production du somnambulisme. Plus tard, M. Dumontpallier montrait que cette même pression du vertex, pratiquée sur des hystériques à l'état de veille, suffisait parfois à provoquer d'emblée le sommeil hypnotique.

Les zones hypnogènes ne siègent pas seulement au vertex ou dans la région ovarienne. Elles peuvent affecter tous les points du corps, les membres aussi bien que le tronc et la tête.

Leur nombre est très variable. On en trouve de quatre à cinquante et plus encore sur une même malade. Mais leur existence n'est pas constante et il est impossible parfois d'en découvrir chez des sujets facilement hypnotisables par tout autre procédé. Aucune modification thermique, ni trophique ne les révèle à l'extérieur. Elles sont souvent, mais non toujours, symétriquement répandues sur les deux côtés du corps. Elles n'ont aucun rapport avec l'hémianesthésie.

Habituellement, leur étendue est très limitée, elles ne dépassent guère 4 à 5 centimètres de diamètre, mais peuvent quelquefois atteindre jusqu'à 3 décimètres carrés.

Le mode d'excitation le plus sûrement efficace des zones hypnogènes est la pression brusque. Néanmoins des excitations très superficielles peuvent parfois mettre en jeu leur activité. Le frolement d'un pinceau à aquarelle, l'insufflation simple, le rayonnement d'un objet à température élevée, la pulvérisation de quelques gouttes d'éther ont suffi dans certains cas.

Lorsque la compression est pratiquée sur les zones elles-mêmes, elle provoque *instantanément* les effets spécifiques qui les caractérisent. Pratiquée en dehors de ces zones, la compression ne donne lieu qu'à une douleur banale, sans hypnose consécutive.

« Dans le groupe des zones hypnogènes, il faut distinguer trois variétés :

« 1° Les *zones hypnogènes simples* dont la pression pratiquée sur des sujets à l'état de veille détermine invariablement, quel que soit le degré de la pression, une phase, toujours la même du sommeil hypnotique. Cette phase peut être, selon les cas, soit l'état cataleptique, soit l'état léthargique, soit l'état somnambulique.

« 2° Les *zones hypnogènes à effets successifs* dont la pression donne

lieu successivement à des phases de plus en plus profondes du sommeil provoqué, à mesure que cette pression devient de plus en plus énergique.

« 3° Les *zones hypnogènes à effets incomplets* dont la pression ne produit pas le sommeil lorsque les malades sont à l'état de veille, mais peut modifier les phases du sommeil hypnotique chez les sujets préalablement endormis, et les faire passer, par exemple, de l'état cataleptoïde à l'état léthargique.

3° Actions physiques.

En 1879, M. Landouzy publiait une observation de sommeil léthargique provoqué par l'application d'un aimant. L'expérience fut répétée par M. Chambard sur une de ses hystériques. « L'attention de la malade étant attirée d'un autre côté, un aimant puissant pesant une quinzaine de livres fut approché des diverses parties de son corps, des régions ovariennes épigastrique, mammaire, ombilicale et vertébrale, par exemple, tantôt jusqu'au contact, tantôt à une distance de quelques centimètres et toujours le sommeil survint au bout d'un temps variant de une à dix minutes, que la masse magnétique fût présentée par sa ligne neutre ou par ses pôles armés ou non de leur contact de fer doux. »

Il nous a paru que chez quelques sujets le contact de certaines substances métalliques pouvait déterminer, tout aussi bien que l'aimant, le sommeil hypnotique.

Le sommeil hypnotique peut encore être obtenu, chez certains sujets, par le passage à travers la peau de courants électriques faibles (Weinhold, Eulenburg).

Nous venons de passer en revue les procédés hypnogènes simples, dont l'emploi est devenu vulgaire. Il conviendrait d'indiquer maintenant les conditions individuelles qui favorisent ou rendent possible la production du sommeil hypnotique. Malheureusement les documents que nous possédons à ce sujet sont encore fort incomplets. Il est certain que tous les sujets ne sont pas hypnotisables. Beaucoup de personnes peuvent fixer indéfiniment une lumière brillante, écouter un bruit monotone, sans tomber dans l'état hypnotique. Il est certain aussi que les hystériques sont très souvent d'excellents sujets pour l'étude de l'hypnotisme, mais toutes les hystériques ne sont pas hypnotisables, et tous les sujets hypnotisables ne sont pas des hystériques.

Sur cent sujets sains pris au hasard, sans tenir compte du sexe, de l'âge, du tempérament, quatre-vingt-quinze seraient hypnotisables d'après Liébeault et Bernheim. D'après Bottey, ce chiffre serait exagéré : il devrait être réduit de plus des deux tiers. Il serait seulement de dix pour cent d'après Seppilli.

Ce qui rend les statistiques de ce genre particulièrement difficiles a établir et à comparer entre elles, c'est que les résultats obtenus varient avec le *modus operandi*. Tel sujet qui n'est pas influencé par une première tentative d'hypnotisation prolongée pendant dix, quinze ou vingt minutes, pourra fort bien tomber en état de sommeil hypnotique si l'expérience dure plus longtemps ou si elle est renouvelée à plusieurs

reprises. Tout ce que l'on peut affirmer aujourd'hui, c'est que les sujets jeunes, adultes, sont en général plus facilement hypnotisables que les enfants et les vieillards. Les femmes sont aussi plus souvent hypnotisables que les hommes. Rien ne permet *à priori* de reconnaître l'aptitude de tel ou tel sujet à subir l'hypnotisation. On répète souvent que les personnes nerveuses, chétives, irritables, sont plus facilement hypnotisables que les autres. C'est là une proposition très contestable. « Telle femme nerveuse, irritable, dit Bottey, qui semblerait devoir dormir tout de suite, peut être plus ou moins rebelle aux tentatives d'hypnose; telle autre, au contraire, molle, lymphatique, s'endort avec la plus grande facilité. »

D'après M. Ochorowicz, les sujets hypnotisables présenteraient une sensibilité particulière à l'action de l'aimant. Un aimant circulaire appliqué sur un de leurs doigts déterminerait, après deux minutes, de l'engourdissement, des fourmillements, de la rigidité élastique (doigt à ressort), des contractures, phénomènes qui ne se produisent pas chez les sujets non hypnotisables. Personne, à notre connaissance, n'a cherché à contrôler les affirmations de M. Ochorowicz sur ce sujet.

Il paraît nécessaire, pour que l'hypnotisation réussisse, que le sujet en expérience soit capable d'attention. C'est pour cela que, d'après Heidenhain, le sommeil hypnotique ne se produirait pas chez les idiots et chez les jeunes enfants.

Une des conditions les plus favorables à la production des états hypnotiques se trouve réalisée par le fait de ce que Ch. Richet appelle l'*éducation magnétique*. Il n'est pas douteux que les sujets hypnotisables ne deviennent de plus en plus sensibles aux influences hypnogènes à mesure qu'on répète les séances d'hypnotisation. M. Richet raconte à ce propos l'histoire d'une malade de l'hôpital Beaujon qu'il ne put endormir dans une première séance. Une seconde tentative amena le sommeil après dix minutes. Dans une troisième, l'hypnose survint après cinq minutes, et peu à peu la malade devint tellement sensible aux actions hypnogènes, qu'il suffisait d'un coup d'œil, d'un geste, d'un mot, pour l'endormir instantanément. Nous avons observé plusieurs fois des faits analogues. (*A suivre.*)

RENSEIGNEMENTS BIBLIOGRAPHIQUES.

Les travaux pour lesquels l'année n'est pas indiquée sont de 1885.

A

Abcès. — Des abcès thoraciques recevant des impulsions du cœur et des poumons, par Descemond-Sicard. (*Thèse de Lyon*, n° 295.)—Abcès de la partie postérieure du dos, par Vergely. (*Bull. de la Soc. d'anat. de Bordeaux*, 2 juin.)

Abdomen. — Note sur les tumeurs abdominales et sur quelques difficultés que présente leur diagnostic, par Finzi. (*Giorn. int. delle sc. med.*, VII, 9 et 10.) — L'ascite dans les tumeurs abdominales, par Terrillon. (*Semaine méd.*, 7 oct.) — Coup de pied sur le ventre. Mort, quarante minutes après. Kystes de la rate, par Lafargue. (*Gaz. hebd. des sc. méd. de Bordeaux*, 6 sept.) — Blessure profonde de l'abdomen, par Vaslin. (*Bulletin de la Société de méd. d'Angers*, 1er semestre.)

Accouchement. — Traité de la palpation abdominale, par Pinard; traduction américaine, par Neale. (In-8°, *New-York.*) — Mœurs obstétricales de l'Océanie (archipel de Tahiti), par Rodet. (*Arch. de tocol.*, sept.). —Rapport sur 12,254 accouchements, d'après les renseignements des sages-femmes, à Blomberg (principauté de Lippe), par Theopold. (*Deutsch med. Woch.*, n° 6.) — Nouvelles considérations sur la dilatation préfœtale de la vulve, accompagnées d'une étude sur la formation de la rupture de la poche des eaux, par Dumas. (*Ann. de gyn.*, sept.) — Dix cas de grossesse et d'accouchement compliqué de tumeurs fibreuses, par J.-R. Chadwick. (*Boston med. and surg. jour.*, 30 juillet.) — Accouchement chez une femme de 26 ans, atteinte de spondylolisthesis; durée du travail vingt-trois heures; extraction par le forceps d'un enfant mort, mais à terme; déchirure du col de l'utérus et rupture complète du périnée. Guérison, par F. H. Lombard. (*Ibid.*, 20 août.)— De la rupture spontanée des membranes au terme de la gestation précédant le commencement du travail, par Kemper. (*Americ. journ. of med. sciences*, avril.) — Note sur la courbe apparente de la suture sagittale dans les présentations du sommet, par Withington. (*Americ. journ. of obst.*, mars.) — Des états du bassin qui tendent à produire des présentations postérieures, par Ferguson. (*Ibid.*, avril.) — Délivrance spontanée d'une présentation du sommet, par Minges. (*Ibid.*, nov.) — Étude sur les présentations frontales et l'accouchement par le front, par Devars. (*Thèse de Lyon*, 4 mai.) — De la version podalique partielle, par manœuvres internes et externes combinées, par Degoul.

(*Thèse de Paris*, 1er déc.) — Obs. de prolapsus compliquant le travail, par KLEINSCHMIDT. (*Americ. journ. of obst.*, janv.) — Ligature tardive du cordon après l'accouchement, par ROSENFELD. (*Wien. med. Presse*, n° 8.) — Épithélioma du col utérin, compliquant l'accouchement, par STEWART. (*Americ. journ. of obstet.*, juin.) — Mort subite pendant le travail; lésion cardiaque avec œdème pulmonaire, par LYDSTON. (*Americ. journ. of obstet.*, mai.) — Rupture de l'utérus pendant le travail. par BAER. (*Ibid.*, juin.) — De l'accouchement prématuré artificiel, par ALY HEYDAR. (*Thèse de Montpellier*, n° 62.) — De l'accouchement prématuré artificiel dans les cas de rétrécissement du bassin, par J. ESMIEU. (*Thèse de Montpellier*, n° 9.) — Documents statistiques pour l'étude de l'accouchement prématuré artificiel, par Fritz HUBLER. (*Thèse inaug.*, Berne.) — Des bons effets de l'ergot de seigle pendant l'accouchement, par SOEXINGER. (*Deutsch. med. Woch.*, n° 3.)

Acné. — De l'acné : étiologie, pathologie, traitement. Traité pratique d'après l'étude de 1,500 cas, par D. BULKLEY. (In-8°, *New-York.*)

Addison (Mal d'). — De la maladie d'Addison, par NOTHNAGEL. (*Soc. des méd. de Vienne*, 6 mars.)

Actinomycose. — Études sur le diagnostic et la symptomatologie de l'actinomycose, par MAGNUSSEN. (*Inaug. Diss. Kiel.*) — De l'actinomycose, par PONFICK, WOLFF, SOLTMANN. (*Breslauer aerzt. Zeit.*, n° 3.)

Albuminurie. — Des relations entre la présence de l'albumine dans l'urine et les exsudats ou transsudats des cavités séreuses, par CUCCARO. (*Giorn. int. delle sc. med.*, VII, nos 9 et 10.) — Un nouveau cas d'albuminurie; régime lacté exclusif et régime mixte, par JACCOUD. (*Gaz. des hôp.*, 6 août.) De l'albuminurie dans la paramétrite, par M. DUNCAN. (*Med. chir. transact.*, LXVII, p. 273.)

Alcoolisme. — L'alcool, physiologie, pathologie, médecine légale, par J.-A. PEETERS. (In-8°, *Bruxelles.*) — Eaux de-vie : hygiène, par A. LAYET ; thérapeutique, par A. DE FLEURY. (*Dict. encycl. des sc. méd.*, 1re série, t. XXXI, 2e partie.) — Symptômes et traitement des désordres nerveux de l'alcoolisme chronique, par W.-B. HADDEN. (*Lancet*, 3 octobre.) — Paraplégie d'origine alcoolique, suivie de guérison, par PH. REY. (*Annales méd. psych.*, 7e série, t. I, p. 68.) — Étude médico-légale de la dipsomanie et de l'alcoolisme, par TAMBURINI. (*Riv. sper. di freniatria*, XI, 2 et 3.) — Note sur les alcoolisables, par FÉRÉ. (*Société méd. des Hôpitaux*, 26 août.) — Sur une forme de paralysie spinale alcoolique, par BROADBENT. (*Med. chir. transact.*, LXVII, p. 133.)

Aliénation. — La folie; les idées modernes sur sa nature et son traitement, par GAIRDNER. (*Glasgow med. journ.*, juin.) — Considérations générales sur les asiles d'aliénés de l'Angleterre et de l'Écosse, par A. FOVILLE. (*Encéphale*, p. 1.) — De la dégradation du type chez les aliénés, par SHAW. (*St Barthol. hosp. Rep.* XX, p. 169.) — Sur les aliénés héréditaires, par TATY. (*Thèse de Lyon*, n° 288.) — De la responsabilité criminelle des aliénés, par CH. J. CULLINGWORTH. (*Lancet*, 17 octobre.) — Responsabilité et paroxysme passionnel, par LYON. (*Thèse de Montpellier*, n° 55.) — De l'hérédité dans la paralysie générale, par RÉGIS. (*Assoc. française ; Congrès de Blois.*) — Essai sur la folie paralytiforme, par SAJOUS. (*Thèse de Montpellier.*) — Folie morale et individus nés criminels, par TANZI. (*Rivista sper. di fren. e di med. leg.*, Fasc. IV) — Cas de mélancolie grave et prolongée avec tendance au suicide ; diarrhée et fièvre ; guérison ; par CARLYLE JOHNSTONE. (*Journ. of mental. sc.*, juillet, p. 213.) — De la folie du doute,

par Bompar. (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 11 oct.) — Un cas de folie du doute, d'origine rhumatismale; syphilis, vertiges, attaques épileptiformes, par Cabadé. (*Encéphale*, 1884, p. 476.) — Lypémanie chronique avec délire des négations, par Paris. (*Ann. méd. psych.*, 6e série, XI, p. 63.) — Note sur un cas de manie aiguë puis chronique, précédée de symptômes de néphrite aiguë avec accidents typhoïdes, par Barié. (*Soc. méd. des hôpitaux*, 26 août.) — Tribadisme dans les asiles d'aliénées, par Lombroso. (*Arch. di psichiatria*, VI, 3.) — Débilité mentale, perversion intellectuelle et morale, actes de violence, adultère; rapport médico-légal, par Motet. (*Encéphale*, 276.) — Attentats à la pudeur commis par un alcoolique, par E. Marandon de Montyel. (*Ibid.*, p. 286.) — Deux cas de folie (lypémanie stupide et manie aiguë) améliorés chacun par un anthrax, par Fusier. (*Ibid.*, 1884, p. 65.) — Lypémanie compliquée d'une triple diathèse, par Rousseau. (*Ibid.*, 1884, p. 700.) — De l'état des forces chez les paralytiques généraux, par G. Descourtis. (*Ibid.*, 1884, p. 47.) — Hébéphrénie avec accidents hystériformes chez l'homme; démence consécutive, par E. Doyen. (*Ibid.*, p. 319.)

Aliment. — Les aliments minéraux; comment les administrer, par Nunn. (*Journ. of americ. med. assoc.*, 5 sept.) — Du régime alimentaire dans les pays chauds, par Maurel. (*Assoc. française; Congrès de Blois*, p. 616.) — Les ressources alimentaires de la France, par Rochard. (*Rev. scientif.*, 22 août.) — L'alimentation des armées. (*Rev. scientif.*, 29 août.) — La pratique du chimiste examinateur des substances alimentaires, par Fritz Elsner, 3e édition augmentée. (*Hambourg et Leipzig.*) — Recettes culinaires diététiques à l'usage des personnes saines et des malades, par Jos. Wiel. 6e édition corrigée. (*Fribourg en Brisgau.*)

Allaitement. — De l'allaitement artificiel, par Comby. (*Progrès méd.*, 10 oct.)

Amputation. — Des incisions exploratrices considérées comme premier temps des amputations, par Clavier. (*Thèse de Lyon*, n° 286.) — Traité des amputations des extrémités et de leurs complications, par Watson. (In-8°, *Philadelphie.*) — Sur l'amputation de l'omoplate avec résection de la clavicule dans le cas d'arrachement du membre supérieur, par Trévelot. (*Thèse de Paris*, 3 déc.) — De l'hémostase dans la désarticulation de la hanche, par Alvernhe. (*Thèse de Montpellier*, n° 50.) — L'amputation de Chopart, par Sonrier. (*Gaz. des hôp.*, 22 août.)

Amygdale. — Hiatus du pilier antérieur du côté droit avec absence congénitale des deux amygdales, par Claiborne. (*Americ. journ. of med. sc.*, avril.) — Extirpation d'un fibro-enchondrome de l'amygdale droite, par Bottini. (*Gazz. degli Ospit.*, n° 12.) — Lympho sarcome des amygdales, par Barker. (*Med. Times*, 24 oct.) — Hémorragie secondaire après l'incision d'une amygdale (au 5e jour), par Kerr. (*Pacific med. surg. journ.*, avril.) — Du chancre induré de l'amygdale, par Donaldson. (Exposé clinique d'après une obs. pers.) (*Med. News*, 15 août.)

Anatomie. — Aide-mémoire d'anatomie, muscle, ligament, vaisseaux et nerfs par A. Julien. (In-18, *Paris.*) — Anatomie et physiologie comparées, par Bell. (In-12, *Londres.*) — Manuel d'anatomie et d'histologie pathologiques, par Delafield et Prudden. (In-8°, *New-York.*) — Traité d'anatomie pathologique, par Orth. 2e livraison : Organes respiratoires et corps thyroïde. (Berlin.) — Traité d'anatomie pathologique, par Ernest Ziegler. 4e édition refondue, t. Ier : Anatomie pathologique générale et pathogénie. (Iéna.) —

Anémie. — Notes sur l'anémie, par Harris. (*St-Barthol. hosp. Rep.*, XX,

p. 83.) — De l'anémie transitoire dans quelques maladies du système nerveux, par Michel. (*Thèse de Lyon*, n° 268.) — De l'anémie du Saint-Gothard, par Richard. (*Thèse de Montpellier*, n° 26.) — Un cas d'anémie pernicieuse, guérison, par Hinsdale. (*Americ. journ. of med. sc.*, avril.)

Anesthésie. — Étude d'un anesthésique-type pour l'anesthésie générale, par Richardson. (*The Asclepiad*, octobre.) — Des anesthésiques chirurgicaux dans l'antiquité et le moyen âge, par Lagneau. (*Comptes rend. Acad. des inscriptions*, oct.) — Études expérimentales sur la circulation cérébrale pendant la narcose chloroformique, par Carle et Musso. (*Wiener med. Woch.*, 15 août.) — La pathologie de la narcose par l'éther (examen microscopique d'un chat mort par inhalation), par Amidon. (*New York path. Society*, 13 mai.) — Le nouvel anesthésique local (cocaïne) et l'éthérisation par le rectum, par Turnbull. (In-8°. *Philadelphie.*) — De l'anesthésie dans l'accouchement normal, par R.-A. Kingman. (*Boston med. and surg. journ.*, 8 octobre.)—Le bromure d'éthyle comme anesthésique en obstétrique, par Montgomery. (*Americ. journ. of obstet.*, juin.) — Du bromure d'éthyle pendant le travail ; réclamations de priorité, par Getz. (*Journ. of americ. med. assoc.*, 10 oct.) — Sur les anesthésies employées dans les maladies des dents, par Laffont. (*Revue odontol.*, sept.) — Mort par le protoxyde d'azote à l'hôpital dentaire de Londres, par Ribnitzki. (*Deuts. Monat. f. Zahnheilk. Heft* 12, 1884.) — De l'anesthésie par le protoxyde d'azote, par Döderlem. (*Wiener med. Blaetter*, 8 oct.)

Anévrisme. — Les causes prédisposantes des anévrismes. Question de climat la plus importante, par Hamilton. (*Americ. journ. of med. sc.*, octobre.) — Statistique d'anévrismes, en particulier de ceux de l'aorte, par Richter. (*Arch. f. klin. Chir.*, XXXII, 3.) — Obs. d'anévrismes multiples de la crosse de l'aorte, par Truc. (*Lyon méd.*, 4 oct.) — Anévrisme de l'aorte ouvert dans une dilatation pulmonaire, hémoptysie foudroyante, par Berbez. (*Soc. anat.*, 30 janv.) — Anévrisme aortique, par Potain. (*Gaz. des hôp.*, 11 août.) — Anévrisme valvulaire, par Brinkman. (*New York med. journ.*, 24 oct.) — Anévrisme d'une artère rénale interlobulaire, par Armstrong. (*Americ. journ. of med. sc.*, octobre.) — Anévrisme traumatique de l'artère sous-scapulaire. Mort, par Mac Graw. (*N. York med. journ.*, 23 mai.) — Sur quelques cas d'anévrismes traités par l'extirpation du sac, par Comte. (*Thèse de Lyon*, n° 213.)

Angine. — L'angine arthritique. Traitement par les eaux d'Aix-les-Bains et de Marlioz, obligation de l'examen laryngoscopique, par Millet. (In-16, *Paris.*) — Nature et traitement de l'angine de poitrine vraie, par Huchard. (*Union médicale*, 29 sept.)

Angiome. — Obs. d'angiome pigmentaire et atrophique, par White. (*Americ. dermat. assoc.*, 26 août.) — Angiome congénital de la face postérieure de la jambe et de la cuisse ; varices récentes ; allongement hypertrophique du fémur et du tibia ; troubles circulatoires hémi-latéraux, par Mollière. (*Gaz. des hôp.*, 6 août.) — Angiome du nez, par Roe. (*Americ. laryng. assoc.*, 25 juin.) — Traitement des nævi par l'électrolyse, par Hardaway. (*Americ. dermat. assoc.*, 26 août.)

Anomalie. — Poumon à 4 lobes du côté droit, par Edwards. (*Americ. journ. of med. sc.*, juillet.) — Deux cas d'inversion totale des viscères, par Stefanini. (*Annali universali di med. e di chir.*, novembre 1884.) — Sur une seconde bourse en rapport avec l'insertion du biceps et sur quelques rares anomalies, par Ward Collins. (*Journal of anatomy and physiology*, vol. XX, oct.)

Anus. — Imperforation de l'anus chez un enfant du sexe masculin. Absence du rectum; communication entre le colon descendant et la portion prostatique de l'urètre. L'enfant vécut 15 mois, par E.-P. Hurd. (*Boston med. and surg. jour*., 24 septembre.) — De la colotomie iliaque dans le traitement des cancers du rectum, par Buhot. (*Thèse de Paris*. 25 nov.) — De la formation et de la guérison d'un anus colo-utéro vaginal, par Bidder. (*Arch. f. klin. Chir*., XXXII, 3.)

Anthrax. — De l'anthrax intestinal chez l'homme, par Wierhuff. (In-8°. Dorpat.) — Anthrax malin, par Bois. (*Progrès médical*, 17 octobre.) — Du furoncle, sa nature, son siège, ses causes et son traitement, par Hardy. (*Gaz. des hôp.*, 20 oct.) — Traitement de l'anthrax par les injections sous-cutanées d'acide phénique, par Strizover. (*Vratch*, n° 27.)

Anthropologie. — De l'égalité des races humaines, anthropologie positive, par Firmin. (In-8°, *Paris*.) — Recherches sur les populations actuelles et préhistoriques du Brésil, par de Quatrefages. (*Acad. des sciences*, 17 août.) — La taille en France, par Bertillon. (*Rev. scient*., 17 oct.) — Présence d'un troisième condyle occipital chez l'homme, par Tafani. (*Arch. per l'antropologia*, XV, n° 1.) — Longueur relative du premier et du deuxième doigt du pied de l'homme, par Barroïl. (*Arch. per l'antropologia*, XV, n° 1.)

Antiseptique. — Hydronaphtol, un nouvel antiseptique, par Fowler. (*New York med. journ*., 3 oct.) — Action des antiseptiques sur les organismes supérieurs : iode, azotate d'argent, par Mairet, Pilatte et Combemale. (*Acad. des sciences*, 24 août.) — Valeur antiseptique comparative des sels et oxydes de mercure, par Sternberg. (*Med. News*, 12 sept.) — Sur les propriétés antiseptiques du sous-nitrate de bismuth et de quelques autres corps, par Schüler. (*Deut. Zeit. f. klin. Chir*., XXII, 5 et 6.) — La méthode pastorienne et la méthode antiseptique, par M. Notta. (*Gaz. méd. de Paris*, 31 oct.)

Aorte. — Dilatation de l'aorte ; rupture dans le péricarde, par Loppé. (*Soc. anat*., 2 janv.)

Appareils. — Nouveau bandage pour fixer l'humérus et l'épaule, par Dulles. (*Med. News*, 29 août.) — Des corsets en feutre plastique, par Horoch. (*Soc. des méd. de Vienne*, 13 mai.) — Attelle pour le pansement immédiat du pied bot après la ténotomie et pour les fractures de jambe, par Develin. (*Med. News*, 22 août.) — De la mégaloscopie, par Boisseau du Rocher. (*Acad. des sc*., 27 juillet.) — Appareil simple destiné à mesurer la quantité totale d'acide carbonique exhalée par les petits animaux, par Arloing. (Broch., Lyon.) — Appareil pour obtenir des températures constantes ; son emploi pour la stérilisation du sérum sanguin, par Roth. (*Deutsche med. Woch*., n° 9.) — Speculum urétral (femmes) pouvant rester en place, par Browne. (*New York med. journ*., 2 mai.)

Artère. — Comparaison des modifications qui surviennent dans les artères après la ligature et dans le conduit artériel et les artères ombilicales après la naissance, par Warren. (*Philad. path. Soc*., 14 oct.) — Opérations chirurgicales ; ligature des artères, par Mac Cormac. (In-8°, *Londres*.) — Note sur les plaies par écrasement des artères, par Broca. (*Soc. anat*., 6 fév.) — Des plaies par armes à feu de l'artère sous-clavière (au-dessous de la clavicule) et de l'artère axillaire, par Buengner. (*Inaug. Diss. Dorpat*.) — De la ligature des artères, par Baron. (*Wien. med. Presse*, n° 4.) — Endartérite généralisée, par Blachez. (*Société méd. des hôpitaux*, 4 nov.)

Articulation. — Les mouvements du coude dans la rotation de l'avant-bras, par Th. Dwight. (*Journ. of anat. and physiol.*, vol. XIX, janv.) — *Id.*, par J. Heiberg. (*Ibid.*, vol. XIX, avril.) — Arthrites déformantes, varices et artério-sclérose, par Lancereaux. (*Union médicale*, 3 septembre.)— Polyarthrite aiguë et chronique et son traitement à Töplitz, par V. Aigner. (*Wien. med. Presse*, n° 25.) — Observation de corps mobile articulaire du genou, enlevé par extraction directe. Guérison, par Notta. (*Union méd.*, 3 octobre.) — Ankylose congénitale des articulations radio-cubitales, par Curtis. (*N. York med. journ.*, 19 sept.) — Traitement de l'ankylose angulaire du genou par l'ostéoclasie sus-condylienne, par Pérussel. (*Thèse de Lyon*, n° 279.) — Ostéotomie et résection du fémur pour une ankylose de la hanche avec quelques considérations sur la double ankylose, par Volkmann. (*Cent. f. Chir.*, 11 avril.) — Sur l'arthrotomie ignée et le chauffage articulaire appliqués aux grandes articulations du genou et du coude dans le traitement des arthrites fongueuses de l'enfance, par Forestier. (*Thèse de Lyon*, n° 297.) — Des méthodes opératoires dans la tuberculose des articulations tibiotarsienne et du pied, par König. (*Arch. f. klin. Chir.*, XXXII, 3.) — Traitement des engorgements articulaires et des tumeurs blanches par l'appareil de Scott, par G. Guittard. (*Thèse de Montpellier*, n° 29.)

Asthme. — Considérations sur l'asthme, sa nature, son traitement, par Perrier. (In-8°, *Nîmes*.) — L'asthme chez les jeunes enfants, par Chaumier. (*Assoc. française ; Congrès de Blois.*) — Recherches sur les prétendues fibres spinales et les cristaux dans l'asthme, par Lewy. (*Zeit. f. klin. Med.*, IX, 6.) — L'asthme des foins, étiologie, traitement (par la cocaïne), par F. Ingals. (*Med. News*, 4 juillet, p. 23.) — L'asthme des foins et son traitement curatif par les modifications superficielles organiques de la muqueuse nasale, par Sajous. (In-8°, *Philadelphie.*)

Auscultation. — Pectoriloquie, par Barth. (*Dict. enc. des sc. méd.*, 2e sér., t. XXII.) — De l'auscultation de l'aine, par Duroziez. (*Union médicale*, 2 août.)

Avortement. — L'usage et l'abus du tampon dans l'avortement, par Keene. (*N. York med. journ.*, 25 avril.) — Administration de l'iodure de potassium dans l'avortement répété, par Hoshkevitch. (*Vraïch*, n° 4.)

B

Bain. — Des bains de briques, par Lairac. (*Thèse de Paris*, 3 déc.) — Les bains et stations climatériques de la Suisse, par Th. Gsell-Fels. (2e édition, *Zurich.*) — Goutte et rhumatisme, traités par les bains, par Klein. Frauzensbad. (*Wien. med. Presse*, n° 20.)

Bassin. — De la courbure lombaire et de l'inclinaison du bassin, par Charpy. (*Journ. de l'anat.*, juillet-août.)

Bec-de-lièvre. — Bec-de-lièvre compliqué, par Binot. (*Bull. de la Soc. d'anat. de Bordeaux*, 16 juin.)

Biliaires (Voies). — Modification de la sécrétion biliaire dans la fièvre, par

Pisenti. (*Arch. per le sc. med.*, IX, 2.) — Notes sur un cas de fièvre bilieuse hématurique, par J. Farrell-Easmon. (*Med. Times and Gaz.* 29 août.) — Note sur la lithiase et la pseudo-gravelle biliaire, par Grellety. (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 27 sept.) — Obstruction du canal cholédoque par un calcul; ictère, mort, par Bliss. (*N. York med. journ.*, 17 oct.) — De la cholécystotomie naturelle et idéale (1 obs. guérison), par Bernays. (*Americ. journ. of med. assoc.*, 3 oct., p. 387.) — De la cholécystotomie appliquée au traitement des calculs biliaires, par J. Bœckel. (*Rev. de chir.*, oct.)

Blennorragie. — La blennorragie chez la jeunesse, par Currier. (*N. York med. journ.*, 17 oct.) — Prostatite et spermatocystite chronique compliquant l'urétrite chronique, par Finger. (*Wien. med. Presse*, n° 19.) — De la blennocèle (orchite blennorragique), par Aubert. (*Lyon méd.*, 15 nov.) — De la blennorragie avec coccus, par Bergmann. (*St. Petersb. med. Woch.*, 31 août.) — Traitement de la blennorragie urétrale chronique, par Sorrentino. (*La riforma med.*, 27 juin.) — Le traitement de la gonorrhée, par White. (*N. York med. journ.*, p. 531, 9 mai.)

Bronche. — Urticaire de la muqueuse des bronches, par Ruelle. (*Société des sciences méd. de Gannat.*) — De la bronchite fétide, par Lancereaux. (*Union médicale*, 26 sept.) — L'yerba santa et la grindelia robusta dans la bronchite aiguë, par Stuver. (*Med. News*, 24 oct.)

C

Cancer. — De l'origine non bactérienne du carcinome, étude sur l'anatomie pathologique comparée des néoplasmes (tumeurs proprement dites) et des néoplasies infectieuses, par A. Brault. (*Arch. gén. de méd.*, oct.) — De la contusion et de l'inflammation comme causes de prédispositions locales au développement du cancer secondaire, par Nicaise. (*Rev. de chir.*, sept.)

Céphalotripsie. — Nouveaux crâniotomes, par Price. (*Med. News*, 22 août.) — Sur un point du manuel opératoire de la basiotripsie, par Bar. (*Ann. de gyn.*, juillet.)

Cerveau. — Deuxième note sur la topographie crânio-cérébrale chez les singes, par Féré. (*Journ. de l'anat.*, juillet-août.) — L'avant-mur et le noyau amygdalien, par Mondino. (*Arch. per le scienze med.*, IX, 2.) — Notes anatomiques et anthropologiques sur 60 crânes et 42 cerveaux de personnes criminelles italiennes, par Varaglia et Silva. (*Arch. di psichiatria*, VI, n° 3.) — L'intelligence est-elle en rapport avec le volume du cerveau, par Bloch. (*Rev. d'anthrop.*, oct.) — Physiologie du cerveau, par Christiani. (In-8°, *Berlin.*) — Les localisations cérébrales, revue par David Ferrier. (*Med. chir. transact.*. LXVII, p. 33.) — Sur la localisation du centre olfactif, par Carbonieri. (*Riv. clin. di Bologna*, sept.) — L'aire excitable de l'écorce cérébrale, par Boldi. (*La riforma med.*, 28 sept.) — Sur quelques altérations histologiques du système nerveux central, par Vincenzi. (*Riv. sper. di freniatria*, XI, 2 et 3.) — Leçons sur le diagnostic des maladies du cerveau, par Gowers. (In-8° *Londres.*) — Sur les réflexes comme moyen de diagnostic adjuvant dans les maladies graves du système nerveux central, par Vetter. (*Sammlung klin. Vorträge*, n° 261.) — Usage de l'ophtalmoscope dans le diagnostic des maladies cérébrales, par Coleman. (*Jour. of americ. med. assoc.*, 31 oct.) — Des dégénérations

secondaires dans l'isthme de l'encéphale, par P. Meyer. (*Gaz. méd. de Strasbourg*, 1er oct.) — Convulsions unilatérales et paralysie du bras et de la face, résultat d'une lésion corticale localisée, par Percy Kidd. (*Lancet*, 26 sept.) — Thrombose du sinus latéral gauche, par Arrou. (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 27 sept.) — Deux cas de thrombose des sinus cérébraux, par Joseph Wiglesworth. (*J. of mental sc.*, octobre, p. 371.) — Embolie de l'artère cérébrale moyenne droite, hémiplégie gauche, hémianesthésie, destruction d'une partie considérable de l'hémisphère droit, mort sept ans après, par Markey. (*Med. chir. transac.*, LXVII, p. 265.) — Ramollissement par embolie de la frontale ascendante gauche, hémiplégie droite, aphasie, par Mader. (*Wien. med. Presse*, n° 3.) — Anévrisme de l'artère sylvienne gauche; ramollissement très étendu; rupture de la poche, par Loppé. (*Soc. anat.*, 2 janv.) — Hémiplégie gauche; abcès du cerveau, par Didier. (*Soc. anat.*, 2 janvier.) — Hémiplégie cérébrale infantile et maladies infectieuses, par Marie. (*Progrès médical*, 5 septembre.) — Études dynamométriques sur des malades atteints de monoplégies d'origine cérébrale, par Dignat. (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 8 nov.) — Sur une forme particulière d'amnésie; perte des noms, par Broadbent. (*Med. chir. transac.*, LXVII, p. 249.) — Des aphasies passagères, par Drozda. (*Wien. med. Presse*, n° 27 et suiv.) — De l'aphasie, par Lichtheim. (*D. Arch. f. klin. Med.*, XXXVI, Heft. 4, p. 204.) — Gliome mou de l'hémisphère gauche, par Daurios. (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 27 sept.) — Tumeur des tubercules quadrijumeaux, par Carnazzi. (*Riv. venet. di sc. med.*, avril.) — Les traumatismes cérébraux; troubles intellectuels graves qu'ils peuvent déterminer, par Legrand du Saulle. (*Gaz. des hôp.*, 8 sept.) — Commotion du cerveau suivie de méningite mortelle, par Moulton. (*Journ. of amer. med. assoc.*, 8 août.) — De la compression cérébrale, par Bermann. — *Idem*, par Scholten. (*Arch. f. klin. Chir.*, p. 705 et 733.) — Suicide par coup de revolver à la tempe droite, survie de 14 heures, hémiplégie droite incomplète, paralysie du moteur oculaire commun droit, par Duzéa. (*Lyon méd.*, 1er nov.)

Cervelet. — Un cas de sarcome du cervelet, par Maccregor. (*Med. Times*, p. 534, 17 octobre.) — Cas d'hémorragie cérébelleuse, autopsie, par Arthur Jefferson. (*Lancet*, 10 oct.)

Césarienne (Op.) — Un cas d'opération césarienne, mort, par Miller. (*Americ. journ. of med. sc.*, juillet.) — De la méthode de choix pour l'opération césarienne, par Harris. (*Americ. journ. of med. sc.*, octobre.) — Observation d'opération césarienne, par Jewett. (*N. York med. journ.* 29 août.)

Champignon. — Contribution à la place systématique de l'oïdium albicans en botanique, par Hugo Plaut. (*Leipzig.*)

Chancre. — Du traitement du chancre simple chez la femme, par Notta. (*Union médicale*, 18 juillet.) — De la virulence du bubon qui accompagne le chancre mou, par Menut. (*Thèse de Paris*, 30 nov.)

Charbon. — Sur les propriétés zymotiques du sang charbonneux et septicémique, par Sanson. (*Acad. des sciences*, 2 nov.) — Influence du soleil sur la végétabilité des spores du bacillus anthracis, par Arloing. (*Acad. des sciences*, 24 août.)

Chlorose. — De l'existence fréquente de la fièvre chez les chlorotiques, par Leclerc. (*Thèse de Lyon*, n° 277.) — Chlorose chez un jeune garçon, par Hutinel. (*Gaz. des hôp.*, 29 août.) — Emploi des préparations de fer dans la chlorose, par Lesnik. (*Gaz. lekarsk*, n° 33.)

Choléra. — Traité du choléra asiatique, par C. Wendt avec la collaboration de Peters, M'Clellan, Hamilton et Sternberg. (In-8°, p. 403, *N. York.*) — Sur la genèse du choléra dans l'Inde et l'action des ptomaïnes volatiles, par G. Le Bon. (*Acad. des sc.*, 21 sept.) — Le choléra, origine, histoire, causes, symptômes, lésions, prophylaxie et traitement par A. Stillé. (In-12, *Philadelphie*.) — Tableau synoptique des observations de l'épidémie de choléra en France en 1884, par Marey. (*Bullet. de l'Ac. de méd.*, XIV, n° 39.) — Sur l'apparition d'une nouvelle épidémie cholérique à Marseille; les conditions sanitaires de la ville et les mesures proposées pour y remédier, par Brouardel. (*Ann. d'hyg.*, sept., p. 225.) — Du choléra pendant l'épidémie de 1884 dans l'arrondissement de Brignoles (Var), par Patritté. (In-8°, p. 374, *Paris.*) — Rapport sur l'épidémie de choléra qui a régné en 1884 dans les Bouches-du-Rhône, par Rampal, Villars, Nicolas-Duranty, Queirel. (In-8°, *Marseille.*) — Quelques renseignements sur l'épidémie cholérique de 1885 dans le Midi, par de Villiers. (*Bullet. de l'Ac. de méd.*, XIV, n° 33.) — Sur l'épidémie de choléra à Toulon, par Rochard. (*Ibid.*, XIV, n° 35.) — Le choléra à l'hôpital du Pharo pendant l'épidémie de 1884 à Marseille. (*Thèse de Lyon*, 30 mai.) — Le choléra au Pharo, étude clinique précédée de quelques considérations étiologiques et prophylactiques, par Trastour. (In-8°, *Marseille.*) — Le choléra en Espagne et les vaccinations anticholériques du Dr Ferran, par Mondot et Séguy. (In-8°, *Paris.*) — Le choléra dans l'Inde, ses degrés, ses variétés au point de vue de l'épidémiologie générale, par Tholozan. (*Bullet. de l'Ac. de méd.*, XIV, n° 34.) — Le choléra et la peste en Perse, sans les quarantaines, par Tholozan. (*Acad. des sciences*, 24 août.) — Choléra épidémique, symptômes, pathologie et traitement, par Horner. (*Journ. of americ. med. assoc.*, 5 sept.) — Rapport sur le choléra, par Baker et Thayer. (*N. York med. journ.*, 6 juin.) — Le choléra à Brest, par Caradec. (*Gaz. des hôp.*, 12 nov.) — Des résultats de la conférence sanitaire de Rome sur le choléra, protestation contre les conclusions, par L. Aitken. (*Brit. med. journ.*, août, p. 386.) — Études sur le choléra asiatique, par Augustin Reyes. (In-8°, *Sagua-la-Grande, Cuba.*) — Pathogénie, étiologie et traitement du choléra, par Peter. (*Bull. Acad. de méd.*, XIV, n° 36.) — Le choléra, sa nature, sa physiologie, son traitement, par E. Vial. (In-8°, p. 24, *Paris.*) — La théorie de Pettenkofer sur le choléra ou les épidémies de 1873 et 1884 à Naples, par Spatuzzi. (*Morgagni*, juin-juillet.) — Du rôle de l'atmosphère et de l'état hygrométrique en particulier commme facteur étiologique des épidémies de choléra, par Amat. (*Gaz. méd. de Paris*, 25 juillet.) — Le choléra, par L. Rosso. (*Broch.*, *Séville.*) — Le choléra asiatique et le choléra nostras, leur diagnostic et leur traitement, par Stub. (*N. York med. journ.*, 11 juillet.) — Du choléra; étude sur la cause et la nature intime de cette maladie, par Cordova. (In-8°, *Madrid.*) — Le microbe du choléra, sa morphogénie, son action pathogénique et prophylactique, par Ferran, traduction de Planas et Massot. (In-8°, *Montpellier.*) — Des cultures de Koch et du bacille du choléra, par Johne. (In-8°, *Leipzig.*) — Le bacille virgule de Koch et ses rapports avec le choléra asiatique, par Biggs. (*Med. News*, 29 août.) — Démonstration du bacille virgule de Koch, par Stub. (*N. York med. journ.*, 23 mai.) — Études sur le bacille virgule du choléra et sur les inoculations prophylactiques, par Santiago Ramon y Cajal. (*Broch.* in-8°, *Saragosse.*) — De l'importance des bacilles en virgule pour la prophylaxie du choléra, par Drasche. (*Vienne.*) — Morphologie du bacille du choléra, par Raptschewski. (*Wratch*, n° 29.) — Diagnostic bactériologique du choléra, par Jalan de la Croix. (*St.-Petersb. med. Woch.*, 12 oct.) — Contribution à l'anatomie pathologique du choléra asiatique, par Kelsch et Vaillard. (*Arch. de phys.*, n° 4.) — Sur une substance alcaloïdique extraite

de bouillons de culture du microbe de Koch, par POUCHET. (*Acad. des sciences*, 24 août.) — Le choléra; ce que l'État peut faire pour le prévenir, par J.-M. CUNINGHAM, avec avant-propos de MAX VON PETTENKOFER. (*Brunswick*.) — Le choléra, son traitement préventif et curatif, par RAY. (In-12, *Chicago*.) — Le choléra et son traitement, par HOLLISTER. (*Americ. med. assoc.*, 30 avril.) — Sur les vaccinations anti-cholériques du Dr Ferran, par RUMMO. (*Giorn. int. delle sc. med.*, VII, 9 et 10.) — Des inoculations prétendues cholériques comme traitement préventif du choléra, par DUBOUÉ. (*Bull. de thér.*, 15 juillet.) — Des injections intra-veineuses de liqueur ammoniacale dans le choléra, par TRUSEWICZ. (*Russkaia med.*, nº 8.) — Traitement du choléra par le badigeon abdominal au collodion, par DROUET. (*Acad. des sciences*, 10 août.) — Résultats du traitement du choléra par l'hypodermoclise et l'entéroclise dans l'épidémie de Naples de 1884, par CANTANI. (*Il morgagni*, juin-juillet.) — Traitement du choléra nostras par la vératrine, par H. SCHULZ. (*Deutsch. med. Woch.*, nº 7.)

Chorée. — Chorée héréditaire, par KING. (*N. York med. journ.*, 25 avril.)

Choroïde. — Histologie de la choroïde, système nerveux, par FONTAN. (*Recueil d'ophtalmologie*, nº 6, p. 333.) — Des ruptures isolées de la choroïde, par J. BUARD. (*Thèse de Montpellier*, nº 3.) — Adénome de la choroïde, par KAMOCKI. (*Gaz. lek.*, nº 28.)

Climat. — Le climat du Canada, ses rapports avec la vie et la santé, par HINGSTON. (In-8º, *Montréal*.) — Rapports climatiques du cancer et de la phtisie, par ANDREWS. (*Journ. of americ. med. assoc.*, 17 oct.) — De l'acclimatation, par R. VIRCHOW. (*Wiener med. Blätter*, 5 nov.)

Cocaïne. — Action anesthésique et anti-spasmodique de la cocaïne, par TRILESSKY. (*Vratch*, nº 18.) — La cocaïne, ses actions physiologiques, ses antagonistes et ses synergiques, par GRASSET. (*Semaine méd.*, 12 août.) — La cocaïne, par ULLOA. (*El monitor med. Lima*, 15 juillet.) — De l'action de la cocaïne sur la pression sanguine, par BERTHOLD. (*Centrbl. f. die med. Wiss.*, nº 25 et 36.) — De l'action physiologique de la cocaïne et en particulier de son action sur l'appareil circulatoire, par DALPHIN. (*Thèse de Lyon*, nº 292.) — Conservation du sens de la température dans les cavités buccopharyngonasales, après les badigeonnages à la cocaïne, par MACKENZIE. (*N. York med. journ.*, 3 oct.) — Sur l'habitude de la cocaïne (cocaïnisme), par BAUER. (*Journ. of americ. med. assoc.*, 3 oct.) — Prolongation des effets anesthésiques de la cocaïne lorsqu'elle est injectée sous la peau, étude expérimentale, par CORNING. (*N. York med. journ.*, 19 sept.) — Insuccès de la cocaïne pour l'anesthésie locale (injections sous-cutanées et badigeonnages), par GARRIGUES. (*N. York med. journ.*, 29 août.) — Recherches cliniques sur l'action de la cocaïne en ophtalmologie, par ZIEMINSKI. (*Klin. Monatsbl. f. Augenheilk*, juillet.) — Des effets de la cocaïne sur le globe oculaire, par IRRMAN. (*Thèse de Lyon.*, nº 293.) — Effets de la cocaïne sur la guérison des plaies oculaires, par HOWE. (*N. York med. journ.*, 8 août.) — Du chlorhydrate de cocaïne en ophtalmologie, par HORSTMANN. (*Deutsche med. Woch.*, nº 6.) — La cocaïne et ses usages dans la chirurgie générale et oculaire, par KNAPP. (*Broch. New-York.*) — Notes pratiques sur l'emploi et l'abus de la cocaïne d'après des résultats constamment efficaces dans plus de mille opérations de petite chirurgie, par HALSTED. (*N. York med. journ.*, 12 sept.) — Emploi de la cocaïne dans les opérations de petite chirurgie (phimosis, cathétérisme, urétrotomie), par HALLECK. (*N. York med. journ.*, 26 sept.) — La cocaïne comme anesthésique local pour l'emploi du thermo-cautère, par MILLARD. (*N. York med.*

journ., 2 mai.) — De la valeur de la cocaïne pour calmer la douleur qui accompagne la cautérisation des tumeurs cancéreuses, par Ch.-E. Jennings. (*Lancet*, 10 octobre.) — La cocaïne dans les affections du nez, de la gorge et du larynx, par Schnitzler. (*Wien. med. Presse*, nº 4 et suiv.) — La cocaïne dans les affections du larynx, du pharynx et du nez, par Dessar. (*Deutsche med. Woch.*, nº 30.) — La cocaïne dans les affections de la gorge, du nez et des oreilles, par S. von Stein. (*Ibid.*, nº 9.) — De la cocaïne dans les opérations faites sur le tympan, par Kirchner. (*Ibid.*, nº 4.) — De la cocaïne et de son emploi dans les maladies des dents, par Ulbrich. (*Deuts. Monats. f. Zahnheilk.*, nº 2.) — De la cocaïne dans la chirurgie dentaire, par Marshall. (*Journ. of americ. med. assoc.*, 12 sept.) — De la cocaïne pour l'avulsion de l'ongle incarné, par Porcher. (*Med. News.*, 11 juillet.) — Anesthésie (locale) par la cocaïne pour une ostéotomie sus-condylienne et une résection de la hanche, par Roberts. (*N. York med. journ.*, 24 oct.) — La cocaïne dans la lithotritie, par Gallozzi. (*La riforma med.*, 13 juin.) — Du vaginisme et de son traitement par la cocaïne, par Schrank. (*Wiener med. Woch.*, 19 sept.) — Notes sur le chlorhydrate de cocaïne et en particulier de son emploi dans la mélancolie, par Bauduy. (*N. York med. journ.*, 26 sept.) — De la cocaïne contre le mal de mer, par Manassein. (*Berl. klin. Woch.*, 31 août.) — De la culture du coca, par Squibb. (*Boston med. and surg. journ.*, 20 août.)

Cœur. — De l'innervation cardiaque chez les tortues, par Kazem-Beck. (*Centrbl. f. die med. Wissensch.*, nº 28.) — Cardiographie, par Keyt. (*Journ. of amer. assoc.*, 8 août.) — Des rapports histologiques entre l'obstruction de la circulation cardiaque et la stase lymphatique, par Busey. (*Americ. journ. of med. sc.*, octobre.) — Athérome et affections cardiaques, par Lancereaux. (*Union médicale*, 4 août.) — Congestions pulmonaires actives chez les cardiaques, par Lebreton. (*Gaz. méd. de Paris.*, 31 oct.) — Du cœur surmené, par Longuet. (*Union médicale*, 10 octobre.) — Persistance du canal artériel chez une femme de 51 ans, par Darier. (*Soc. anat.*, 30 janv.) — Malformation congénitale du cœur ; canal faisant communiquer l'extrémité du ventricule droit avec l'origine de l'aorte, par Cayla. (*Ibid.*, 28 nov. 1884.) — Thrombose de l'artère coronaire gauche, myocardite interstitielle et dilatation du cœur, par Ridlon. (*N. York path. soc.*, 27 mai.) — Étiologie de l'endocardite aiguë, par Weichselbaum. (*Wiener med. Woch.*, 10 oct.) — De la division de l'endocardite, par Fr. Bueler. (*Thèse inaugurale, Berne.*) — Trois cas d'endocardite aiguë, rétrécissement mitral dynamique, par Guiteras. (*Med. News*, 14 nov.) — Endocardite simple limitée au cœur droit, par Cheston. (*Med. News*, 15 août.) — Rétrécissement mitral, par Duguet. (*Gaz. des hôp.*, 22 oct.) — Deux cas d'insuffisance aortique, par Potain. (*Gaz. des hôp.*, 24 sept.) — Rupture d'une valvule du cœur, par Peter. (*Gaz. des hôp.*, 1er août.) — Aortite chronique avec insuffisance et rétrécissement aortique, poussées d'endocardite ulcéreuse, par Hontang. (*Soc. anat.*, 13 fév.) — Insuffisance aortique, par Atkinson. (*Med. News*, 10 oct.) — Insuffisance mitrale avec double lésion aortique ; hypertrophie du cœur coïncidant avec des lésions rénales, dégénérescence amyloïde et néphrite interstitielle, par Jardet. (*Soc. anat.*, 6 fév.) — Rapport des lésions organiques du cœur avec certaines affections du système nerveux et particulièrement avec l'ataxie locomotrice progressive, par Zohrab. (*Thèse de Lyon*, nº 284.)

Conjonctive. — Conjonctivite contagieuse, étiologie, prophylaxie et traitement, par Andrews. (*N. York Acad. of med.*, 18 juin.) — Pemphigus de la conjonctive suivi de rétraction de cette membrane, par Baeumler. (*Klin. Monatsbl. f. Augenheilk.*, août.) — Conjonctivite vraie d'origine nerveuse,

par Baas. (*Ibid.*, mai.) — Deux cas de conjonctivite diphthéritique, par de Schweinitz. (*Med. News*, 8 août.) — Sur un cas d'épithélioma de la conjonctive bulbaire, par Parisotti. (*Recueil d'ophtalm.*, n° 5, p. 272.) — Le traitement de la conjonctivite purulente, par Andrews. (*Americ. opht. soc.*, 15 juillet.)

Coqueluche. — Ulcération diphtéroïde de la coqueluche, par Delthil. (*Assoc. française; Congrès de Blois.*) — Coqueluche traitée par le chlorure d'or et de sodium, par Magruder. (*Americ. journ. of obst.*, fév.)

Cornée. — Formation de vésicules sur la cornée, par Dimmer. (*Klin. Monatsbl. f. Augenheilk.*, juillet.) — Revue clinique sur les opérations pratiques pour les cicatrices de la cornée, par Gallenga. (*Gazetta delle cliniche*, n° 21.) — Recherches sur le staphylôme, par Ibaensel. (*Bulletin de la clinique nationale ophtalm.*, III, 2 p. 95.) — Contribution à l'étude du staphylôme pellucide conique de la cornée, par Daguillon. (*Bull. de la clin. nationale ophtalm.*, III, 1, p. 60.) — La résorcine dans le traitement du trachome et du pannus cornéen, par Ficano. (*Annali di Ottalm.*, XIV, p. 186.) — Du traitement des abcès de la cornée, par Savin. (*Thèse de Lyon*, 8 juin.)

Corps étrangers. — Méthodes de résorption des corps étrangers dans l'organisme, par Davil. (*Journ. of. americ. med. assoc.*, 17 oct.) — Corps étranger de l'orbite, par Rivière. (*Bull. de la soc. d'anat. de Bordeaux*, 2 juin.) — Une paillette de fer logée pendant 25 ans dans l'iris, par Birnbacher. (*Centralbl. f. prakt. Augenheilk.*, août.) — Sur les corps étrangers résidant dans les premières voies respiratoires, par Koch. (*Ann. des mal. de l'oreille*, nov.) — Deux cas de corps étrangers retirés avec peine de la trachée et des bronches, par Schoenborn (1er cas épingle-broche implantée dans la bronche droite ; 2e cas, feuille de laurier dans la trachée). (*Berliner klin. Woch.*, n° 37, p. 602, 14 septembre.) — Asphyxie causée par une pièce de dentier tombé dans la trachée, par Louise Blum. (*Philad. clin. soc.*, 22 mai.) — Une pièce dentaire prothétique dans l'œsophage; extraction, par S. Ostermaier. (*Deut. Arch. f. klin. Med.*, XXXVI, Heft, 1, 2.) — Épingle en crochet arrêtée dans la portion bulbeuse de l'urètre, extraction par urétrotomie externe, par Derville. (*Gaz. des hôp.*, 4 oct.) — Etude expérimentale sur la position des corps étrangers de forme allongée dans la vessie, par Henriet. (*Ann. des organes gén. urin.*, 1er juillet.) — Bout de sonde d'argent dans la vessie, extraction avec le brise-pierre à cuiller, par Després. (*Gaz. des hôp.*, 22 août.)

Cou. — Du mode de développement des tumeurs gazeuses du cou, par R. Jaksch. (*Zeitsch. f. Heilk.*, Bd VI, p. 131.) — Contribution à la connaissance des tumeurs congénitales du cou et à l'étude de leur guérison, par G. Chiarugi. (*Archivio med. italiano*, VI.)

Couleur. — Théorie de la perception des couleurs, par Oliver. (*Americ. journ. of med. sc.*, avril.) — Des procédés de comparaison des couleurs, par Kolbe. (*Centralbl. f. prakt. Augenheilk.*, juillet.)

Crâne. — Crâne uniforme par hypertrophie des bosses pariétales, par Topinard. (*Bull. soc. d'anthrop.*, VIII, fasc. 2.) — Un cas de fracture compliquée du pariétal droit avec dépression des fragments de 10 centimètres, guérison par reproduction osseuse, par Selenkow. (*St.-Petersburg. med. Woch.*, 24 août.) — Céphalhydrocèle traumatique, par Smith. (*St.-Barthol. hosp. Rep.*, XX, p. 233.) — Spina bifida crânien, hydroméningocèle avec hydrencéphalocèle, par Dalbanne. (*Lyon méd.*, 4 oct.)]

Cristallin. — Recherches sur les pertes de substances fusiformes que l'on rencontre dans le cristallin normal et pathologique, par S. ROBINSKI. (*Berl. klin. Woschensch.*, n° 23.) — De l'opération de la cataracte, par GUAITA. (*Giorn. int. d. sc. med.*, VII, 9 et 10.) — Cataracte traumatique opérée et guérie par l'aspiration, par TROUSSEAU. (*Union médicale*, 27 août.) — Du meilleur procédé d'extraction de la cataracte sénile, par FIEUZAL. (*Bull. de la clinique nat. ophtalm.*, III, 2, p. 81.) — Opération avec un bident ou aiguille double pour l'extirpation du cristallin luxé dans le corps vitré, par AGNEW. (*Med. News*, 12 sept.) — Injection dans la capsule pour l'extraction de la cataracte, par MAC KEOWN. (*Med. Times*, 24 octobre.) — Des cataractes, leur fréquence relativement aux autres affections oculaires, par GALEZOWSKI. (*Recueil d'ophtalm.*, n° 5, p. 257.) — Un cas de luxation congénitale du cristallin, par DICKEY. (*Americ. journ. of med. sc.*, avril.) — Traitement médical de la cataracte, par GALEZOWSKI. (*Recueil d'ophtalmologie*, n° 6, p. 324, n° 7, p. 393.) — Opération pour l'extirpation du cristallin luxé, par AGNEW. (*Americ. ophtalm. soc.*, 15 juillet.) — Extraction d'un cristallin luxé, par WEBSTER. (*Ibid.*)

D

Dent. — Sur le rôle des débris épithéliaux paradentaires, par MALASSEZ. (*Arch. de phys.*, n° 4.) — Anomalies dentaires; de la déviation sur l'axe et de son traitement par la rotation brusque, par DAVID. (In-8°, *Paris.*) — Un cas d'éruption dentaire congénitale, par FABRE. (*Société des Sciences méd. de Gannat.*) — Manuel de chirurgie et de pathologie dentaires, par COLEMAN, traduit par DARIN. (In-8°, *Paris.*) — Leçons cliniques sur les maladies des dents faites à l'école dentaire, 1884-85, par ANDRIEU. (In-8°, p. 239, *Paris.*) — Des injections sous-cutanées de pilocarpine contre les rages de dents, par KURZAKOFF. (*Zubovratch. Vestnik*, juin.) — Kystes périostiques et abcès dentaires, leurs analogies et leurs différences, par DAVID. (*Gaz. des hôp.*, 1er octobre.) — De la détersion des dents, par ZUCKERKANDL. (*Wien. med. Jahrb.* Heft I, p. 1.) — Le traitement des abcès dentaires profondément situés sans incision externe, par MARSHALL. (*Journ. of Americ. med. Assoc.*, 22 août.)

Désinfection. — Rapports sur quelques expériences de combustion du soufre dans les chambres closes, par RAYMOND et KENT. (*Med. News*, 19 sept.) — Note sur les étuves à désinfection, par HERSCHER. (*Rev. d'hyg.*, sept.) — Notes sur l'emploi du chlorure de mercure comme désinfectant, par VAUGHAN. (*Med. News*, 29 août.)

Diabète. — Note sur l'étiologie du diabète sucré, par PEYRAUD (*Bull. de la Soc. de méd. de Bordeaux*, 23 octobre.) — Étiologie du diabète sucré. Son traitement à Carlsbad, par HERTZKA. (*Wien. med. Presse*, n° 27.) — De la proportion du fer dans les organes dans un cas de diabète sucré, par ZALESKI. (*Przeglad Lekarsk.*, n° 56.) — Du diabète dans ses rapports avec la vie utérine, la menstruation et la grossesse, par LECORCHÉ. (*Ann. de gynécol.*, octobre.) — Des lésions histologiques du rein dans le diabète sucré, par I. STRAUS. (*Comptes rendus de la Société de biologie*, 1er août.) — L'acétone dans ses rapports avec les lésions rénales au cours du diabète, par ALBERTONI et PISENTI. (*Centralbl. f. die med. Wiss.*, n° 32.) — De la gan-

grène diabétique, par Zeller. (*Wurtemb. med. Corresp.*, LV, nº 9.) — Paralysies diabétiques, alcoolisme diabétique, par Blanchet. (*Gaz. des hôp.*, 10 septembre.) — Le prurit diabétique aux parties génitales de l'homme et de la femme, par Blanchet. (*Gaz. des hôp.*, 22 septembre.) — Deux cas d'anthrax diabétique, par Prengrueber. (*Gaz. des hôp.*, 24 oct.) — Traitement du diabète sucré par la solution d'arséniate de brome, par Mac Smith. (*Med. News.*, 7 novembre.)

Digestion. — Recherches expérimentales sur la digestion du lait dans l'estomac, par Reichmann. (*Zeit. f. klin. Med.*, IX, 6.)

Diphthérie. — Une épidémie de diphthérie, par Divet. (*Gaz. des hôp.*, 17 oct.) — Sur quelques altérations globulaires du sang dans la diphthérie, par Binaut. (*Thèse de Paris*, 3 décembre.) — Croup membraneux, croup diphthéritique, vrai croup, par Smith. (*Americ. j. of med. sc.*, avril.) — Diphthérie puerpérale, par Garrigues. (*New York med journ.*, p. 354, 20 septembre.) — Du traitement chirurgical de l'angine contagieuse (diphthérie épidémique) avec considérations particulières sur le traitement consécutif de la trachéotomie par l'acide salicylique, par Blumberg. (*Deut. Zeit. f. klin. Chir.*, XXII, 5 et 6.) — De la papayotine dans la diphthérie, par Dreier. (*Arzt*, nº 5.) — De l'emploi de la résorcine contre la diphthérie, par Fraigniaud. (*Union médicale*, 24 septembre.) — Contribution au traitement de la diphthérie, par Mellone. (*Giorn. int. delle sc. med.*, VII, nºs 9 et 10.) — Le traitement de la diphthérie par le baume du Pérou et l'essence de térébenthine, par Œfner. (*Cent. f. ges Therap.*, septembre.) — Le traitement du croup et le tubage du larynx, par Waxham. (*Chicago. med. soc.*, 20 avril.) — Traitement des paralysies diphthéritiques par les injections sous-cutanées de sulfate de strychnine, par Reinhard. (*Deutsche med. Woch.*, nº 19.) — Phlébite, thrombose veineuse et paralysie dans la dysenterie, par Laveran. (*Arch. de méd. mili.*, 1er avril.)

Dysenterie. — Traitement de la dysenterie par les purgatifs salins, la noix vomique, etc., par F. Buckler. (*Boston med. and surg. journ.*, 1er octobre.)

E

Eau. — Instruction relative aux conditions d'analyse des eaux destinées à l'alimentation publique, par Pouchet. (*Rev. d'hyg.*, septembre.) — Distribution et consommation des eaux à Berlin, par Villaret. (*Semaine méd.*, 12 août.) — L'approvisionnement en eaux potables de la ville de Zurich et de sa banlieue, par Klebs. (*Aussersihl.*) — Les sources d'eau, par Alr. Heim. (*Bâle.*) — De la filtration de l'eau, par Hesse. (*Deutsche med. Woch.*, nº 5.) — Les eaux d'alimentation dans l'hygiène et les maladies épidémiques, par Chamberland. (In-8º, *Paris.*) — Eau (hygiène), par Jules Arnould. (*Dict. encycl. des sciences. méd.*, 1re série, t. XXXI, 2e partie.)

Eaux minérales. — Étude sur le chlorure de sodium et les eaux chlorurées sodiques, par Branche. (*Thèse de Lyon*, 27 juin.) — Eau de mer, par Rotureau. (*Dict. encycl. des sciences méd.*, 1re série, t. XXXI, 2e partie.) — Lettres sur les eaux thermales (Bagnols-les-Bains), par Montails. (In-8º, *Montpellier.*) — Eaux minérales, par Rotureau. (*Dict. encycl. des sciences

méd., 1re série, t. XXXI, 2e partie.) — Eaux-Bonnes et eaux chaudes, par Rotureau. (*Ibid*, 1re série, t. XXXI, 2e partie.) — Note sur l'emploi des eaux minérales et en particulier celles du Mont-Dore pendant la grossesse, par Nicolas. (*Société des sciences médicales de Gannat.*) — Sur la composition de l'eau d'Uriage, par Péligot. (*Journ. de pharm.*, 15 septembre.) — Recherches expérimentales et cliniques sur l'action de l'eau thermale de Carlsbad sur les fonctions de l'estomac; principes d'une cure rationnelle par l'eau de Carlsbad d'après l'expérimentation et la clinique, par Jaworski. (*D. Arch. f. klin. Med.*, XXXVII, p. 50 et 325.)

Éclampsie. — Revue sur l'étiologie et la prophylaxie de l'éclampsie puerpérale, par Fry. (*Americ. journ. of obst.*, janvier.) — Observation d'éclampsie pendant le travail, extraction d'un enfant vivant, guérison de la mère, par Hébert. (*Gaz. des hôp.*, 29 septembre.) — Eclampsie pendant le travail, extraction de deux enfants vivants, guérison de la mère, par Bernard. (*Gaz. des hôp.*, 17 novembre.) — Quelques considérations sur l'éclampsie durant la grossesse et la puerpéralité, par Laugier. (*Thèse de Lyon*, 4 mai.) — Des injections sous-cutanées de morphine dans l'éclampsie infantile, par Lewentaner. (*Cent. f. klin. Med.*, 5 septembre.) — A propos d'un cas d'éclampsie traité avec succès par les bains prolongés, par Bar. (*Ann. de gyn.*, avril.) — De l'emploi de la pilocarpine dans l'éclampsie puerpérale, par M'Keough. (*Med. News*, p. 382, 3 octobre.)

Eczéma. — De la diathèse eczémateuse, par Tom Robinson. (*Med. Times and Gaz.*, 29 août.) — Causes et traitement de l'eczéma infantile et des éruptions analogues, par Byford. (*Journ. of americ. med. Assoc.*, 19 septembre.) — Observation d'eczéma aigu généralisé tendant à prouver la nature lymphatique de l'eczéma, par Fort. (*Gaz. des hôp.*, 10 novembre.) — Éruption eczémateuse provoquée par l'application d'une pommade à l'iodoforme chez un syphilitique, par Fabre. (*Société des Sciences médicales de Gannat.*) — Note sur le traitement de l'eczéma et des ulcères variqueux au moyen de bandes de caoutchouc, par Lacreste. (*Bulletin médical du Nord*, juin.) — Traitement de l'eczéma marginé, par Funk. (*Gaz. lekarsk.*, n° 23.)

Électricité. — Introduction à l'étude de l'électricité statique, par Bichat et Blondlot. (In-8°, *Paris.*) — De l'application de la lumière électrique aux travaux de micro-biologie, par Bosey. (*Gaceta med. Catalana*, 15 février.) — Le choc en retour et le foudroiement latéral, par Vincent, de Guéret. (*Gaz. des hôp.*, 8 août.) — Du microscope électrique du professeur Sticker. (*Med. Times and Gaz.*, 19 septembre.) — Électricité, par Gariel; Électrophysiologie, par Morat; Électro-thérapie, par Onimus. (*Dict. encycl. des sc. méd.*, 1re série, tome XXXIII.) — Leçons sur l'électricité en médecine, par Ranney. (*New York med. journ.*, 6 juin.) — De l'électricité comme agent thérapeutique en gynécologie, par Mundé. (*New York Acad. of med.*, 5 novembre.) — De l'électricité comme agent prophylactique et thérapeutique en obstétrique, par Baird. (*Americ. journ. of obst.*, avril et *Arch. de tocol.*, septembre.) — De la magnétothérapie clinique de Benedikt. (*Wiener med. Blätter*, 10 septembre.) — Des progrès de l'électrolyse en chirurgie, par Newman. (*New York state med. Assoc.*, 13 octobre.)

Éléphantiasis. — Sur l'étiologie de l'éléphantiasis, par Foley. (*Bull. soc. d'anthrop.*, VIII, fasc. 2.) — L'éléphantiasis des Arabes, par H. von Hebra. (*Wiener klinik*, fascicules 8 et 9.) — Sur l'éléphantiasis des Arabes, par Pittier. (*Thèse de Paris*, 6 novembre.)

Embryon. — Les premiers degrés du développement de l'embryon h main, par Minot. (*New York med. Journ.*, 22 août.)

Empoisonnement. — Manuel de toxicologie, par L. Lewin. (*Vienne.*) — Empoisonnement par les champignons à Essey-les-Nancy et au Pont-d'Essey, par Husson. (*C. R. des trav. soc. de pharm. de Lorraine*, octobre 1884.) — Empoisonnement par la strichnine traité par l'extrait d'écorce de cerisier sauvage, les inhalations de chloroforme. Guérison, par George Kober. (*Med. News*, 26 septembre.) — Empoisonnement par le chanvre indien, avec guérison, par Lauterborn. (*New York med. record*, 11 juillet.) — Idem, 2e observation, par Kite. (*Med. News*, 15 août.) — Cas d'empoisonnement par l'opium, par E.-H. Whittier. (*Boston med. and surg. Journ.*, 24 septembre.) — Marche singulière d'un empoisonnement par la morphine, par Pellacani. (*Riv. sper. di freniatria*, XI, 2 et 3.) — Empoisonnement (chronique) par la cocaïne, par Merriman. (*Cincinnati Lancet and clinic*, 26 septembre.) — Intoxication chronique par le chloroforme, par P. Bert. (*Comptes rendus de la Société de biologie*, 8 août.) — Recherches sur les accidents que provoque la morue altérée, par Bérenger-Féraud. (*Ann. d'hyg.*, octobre.) — De la pseudo-paralysie générale par empoisonnement chronique par l'oxyde de carbone, par Musso. (*Riv. clin. di Bologna*, nº 8.) — Recherches sur l'empoisonnement par l'hydrogène sulfuré, par Brouardel et Loye. (*Acad. des Sciences.*, 3 août.) — Empoisonnement par la nitrobenzine, par Mehrer. (*Wien. med. Presse*, nº 1.) — Empoisonnement par l'aniline, par Goran. (*New York state med. Assoc.*, 13 oct.) — Sur un cas d'empoisonnement par l'acide chlorhydrique, par Désir de Fortunet. (*Lyon méd.*, 30 août.) — Empoisonnement par l'acide phénique (48 grammes); mort en dix minutes, par Josias. (*Soc. anat.*, 2 janvier.) — Empoisonnement aigu par le phosphore, par Janeway. (*New York clinical Soc.*, 24 avril.) — Empoisonnement par le phosphore et la ciguë, par Maragliano. (*La riforma med.*, 6 octobre.) — De l'empoisonnement cuprique, par Filomusi-Guelfi. (*Giorn. int. d. sc. med.*, VII, 9 et 10.)

Enfant. — Sur la mortalité des enfants du premier âge dans la ville de Rouen, notamment pendant l'été, par Deshayes. (*Assoc. française; Congrès de Blois.*) — Guide pour les maladies des enfants, par Goodhart, revu par Starr. (In-8°, *Philadelphie.*) — Thérapeutique moderne des maladies de l'enfance, avec observations sur l'hygiène de l'enfance, par Edwards. (In-8°, *Philadelphie.*) — Des mariages consanguins : leurs effets sur les enfants, par Ch.-F. Withington. (*Boston med. and surg. journ.*, 20 août.) — De l'influence de l'école sur le développement physique de l'enfant, par Nagorski. (*Ann. d'hyg.*, septembre, p. 232.) — Sur l'état arriéré des enfants nourris au biberon, par Mac Millan. (*Glasgow med. journ.*, mai.) — Nature et traitement de l'œdème des nouveau-nés, par Letourneau. (*Ass. française; Congrès de Blois.*) — Des méthodes récentes de traitement de l'asphyxie des nouveau-nés avec description du procédé de Schultze, par Reid. (*Glasgow med. journ.*, novembre.) — Conséquences des affections aiguës de l'oreille chez les enfants lorsqu'ils ne sont pas traités en temps opportun, par Murrell. (*Journ. of americ. med. Assoc.*, 17 novembre.) — Maladie d'Addison chez un enfant de 10 ans, par Monti. (*Arch. f. Kinderh.*, VI, 4.) — Péritonite chronique ou subaiguë chez les enfants, par Gairdner. (*Med. Times*, p. 525, 17 octobre.) — Purpura congénital chez un enfant nouveau-né, par Stow Brown. (*Americ. journ. of obst.*, octobre.) — Sarcome du cervelet chez un enfant de 11 ans, par A. Macgregor. (*Med. Times and Gaz.*, 17 octobre.) — La sclérose cérébrale chez l'enfant, par Le Gendre. (*La riforma med.*, 10 juin.) — Des tumeurs de la moelle chez l'enfant, par Kohts. (*Wiener med. Blätter*, 8 octobre.) — Éclampsie chez l'enfant, par Healy. (*New York med. journ.*, 29 août.) — Clinique sur les affections cardiaques chez les enfants, par W.-B. Cheadle. (*Lancet*, 17 octobre.) —

De la diarrhée chez les enfants, par Jules Simon. (*Progrès médical*, 10 octobre.) — Diarrhée et dysenterie chez les enfants, par Roberts. (*Americ. journ. of obstet.*, juin.) — De la morphine dans le choléra infantile, par Free. (*Americ. journ. of obstet.*, juillet.) — Traitement du catarrhe intestinal de l'enfance par l'acide salicylique, par Northridge. (*New York med. Journ.*, 29 août.) — Sur le traitement chirurgical de la contracture permanente infantile, par Garabet. (*Thèse de Lyon*, n° 273.) — Hernie inguinale congénitale étranglée chez un enfant de 45 jours, par Molfese. (*La riforma med.*, 12 août.) — Carcinome du testicule chez un enfant de un an et demi, par Schlegtendal. (*Cent. f. Chir.*, n° 34.)

Épilepsie. — Du peroxyde d'hydrogène dans l'épilepsie, par Richardson. (*The asclepiad*, octobre.) — Épilepsie jacksonienne (observation), par Bourneville et Bricon. (*Arch. de neur.*, vol. VIII, p. 295.)

Érysipèle. — De l'érysipèle, par Petitjean. (*Thèse de Paris*, 7 novembre.) — Contribution à l'étude de l'érysipèle traumatique, par P. Joullié. (*Thèse de Montpellier*, n° 52.) — Deux cas d'érysipèle du larynx et du pharynx, par Bryson Delaván. (*Americ. laryng. Assoc.*, 24 juin.) — De l'érysipèle puerpéral, par Winkel. (*Aerztl. Intellig. Bl.*, n° 10.)

Erythème. — Erythème papuleux, par Hardy. (*Gaz. des hôp.*, 20 août.)

Estomac. — Dyspepsie et dyspeptiques, étude pratique sur les maladies de l'estomac et des organes digestifs dans leurs rapports avec la dyspepsie. par Seure. (*Paris*, In-8°, 512 p.) — Des accidents secondaires et tertiaires de la dyspepsie, par Hardy. (*Gaz. des hôp.*, 17 septembre.) — Les névroses de l'estomac et leur traitement, par Oser. (*Vienne.*) — De la dilatation de l'estomac. Revue critique par Giraudeau. (*Arch. gén. de méd.*, mars.) — Dilatation de l'estomac, par Vergely. (*Bulletin de la Soc. d'anat. de Bordeaux*, 21 juillet.) — Dilatation stomacale consécutive à un rétrécissement du duodénum par péritonite circonscrite duodéno-hépatique, par Hayem. (*Société méd. des hôp.*, 21 octobre.) — Dilatation de l'estomac. Mort par suite d'occlusion de l'intestin grêle, par Legroux. (*Ibid*, 4 novembre.) — Gastrite phlegmoneuse, par Sebillon. (*Thèse de Paris*, 19 novembre.) — De certaines perturbations fonctionnelles au début des affections organiques de l'estomac, par Dubrisay. (*Union médicale*, 11 octobre.) — Sur un cas de cancer de l'estomac, par Dujardin-Beaumetz. (*Société méd. des hôp.*, 22 juillet.) — De la soi-disant absence de vomissements dans la péritonite à la suite de la perforation de l'estomac, par Mader. (*Wiener med. Blätter*, 15 octobre.) — Observation de pylorectomie partielle ; mort deux heures après, par Spear. (*Americ. jour. of med. sc.*, avril.) — Étude et statistique sur la résection de l'estomac et la gastro-entérostomie, par Hacker. (*Arch. f. klin. Chir.*, XXXII, 3.)

Exostose. — Exostose sous-unguéale consécutive à un traumatisme, par Pineau. (*Assoc. française; Congrès de Blois.*) — Exostoses congénitales symétriques, par Reulos. (*Progrès médical*, 1er août.) — Cas d'exostose du coude, par J. Anderson. (*Journ. of anat. and physiol.*, vol. XIX, avril.)

F

Face. — Contributions à l'étude des asymétries du visage et de l'hémiatrophie faciale progressive, par G. Borel. (*Thèse inaugurale de Genève.*) — Un

cas d'hémiatrophie progressive de la face, par Repman. (*Protokoly Mosk. Fisiko med. Obschiestra*, 1884.)

Falsification. — Falsification de la graine de lin, par Renouard. (*Journ. de pharmacie*, 1er novembre.)

Farcin. — Un cas de farcin aigu; mort, par T.-W. Harropp Garstang. (*Lancet*, 24 octobre.)

Fermentation. — Étude historique de l'étude de la fermentation et de la putréfaction, par Ingenkamp. (*Zeit. f. klin. Med.*, X, 1 et 2.) — Observations relatives à la nature du sucre interverti et à la fermentation élective, par Maumené. (*Acad. des sciences*, 12 octobre.) — De l'intoxication par les ferments et de ses rapports avec la thrombose et l'embolie (coagulation fibrineuse et empoisonnement par ferments), par Düring. (*Deut. Zeit. f. klin. Chir.*, XXII, 5 et 6.)

Fièvre intermittente. — La malaria, par Silvestrini. (In-8°, *Parme.*) — La malaria en Italie, par Sforza et Gigliarelli. (In-8°, p. 240, *Rome.*) — De la pathologie de la fièvre de malaria (absence de tout microorganisme dans deux cas de mort par coma), par Councilman et Abbott. (*Americ. Journ. of med. sc.*, avril.) — Du paludisme, de sa nature parasitaire et de ses microbes, par Laveran. (*Soc. méd. des hôpitaux*, 5 avril.) — Sur les fièvres intermittentes du centre de la France, par Lagout. (*Soc. des sc. méd. de Gannat.*) — Les origines de la malaria, par Alnott. (*Med. News*, p. 380, 3 octobre.) — Traitement de la malaria d'après la théorie microbienne, par Shibbey. (*Journ. of americ. med. assoc.*, 17 octobre.) — Traitement de la fièvre intermittente par l'alun calciné, par Uhle. (*Deutsch. med. Woch.*, n° 31.)

Fistule. — Communication fistuleuse entre l'intestin et le vagin, par Fry. (*Americ. Journ. of med sc.*, avril.) — Fistule axillaire guérie par la section de la paroi antérieure de l'aisselle, par Villette. (*Bull. méd. du Nord*, septembre.)

Fœtus. — Observation d'un fœtus inclus dans le placenta d'un autre fœtus (féminin), par Etheridge. (*Med. News*, 22 août, p. 217.) — Déchirure du cuir chevelu et fissure des deux pariétaux chez un fœtus de six mois, par Gorhan. (*Wien. med. Presse*, n° 12.) — Tumeur fœtale, par Rivière. (*Bull. de la Soc. d'anat. de Bordeaux*, 7 juillet.) — Myxosarcome chez un fœtus de six mois, par Zahn. (*Deut. Zeit. f. Chir.*, XXII, p. 387.)

Foie. — De la réparation des lésions internes du foie, par Ughetti. (*Giorn. int. delle sc. med.*, VII, nos 9 et 10.) — Sur le mécanisme de la résorption biliaire dans l'ictère, par Douillet. (*Thèse de Lyon*, n° 278.) — De la cirrhose alcoolique, sa marche, sa durée, par Caral. (*Thèse de Lyon*, n° 289.) — Dégénérescence amyloïde du foie, par Berbez. (*Soc. anat.*, 23 janv.) — Hépatite suppurée des pays chauds, par Corre. (*Gaz. des hôp.*, 3 octobre.) — Atrophie aiguë du foie sans fièvre. Cancer du foie et de la rate, par Mader. (*Wien. med. Presse*, n° 3.) — Atrophie jaune aiguë du foie, par de Renzi. (*La riforma med.*, 12 juin.) — Du calomel dans le traitement de la cirrhose hypertrophique du foie, par Sacharjin. (*Zeit. f. klin. Med.*, IX, 6.) — Trois cas de rupture traumatique du foie, par Petersen. (*St-Petersb. med. Woch.*, 5 octobre.)

Fracture. — Sur la cause de la fièvre dans les cas de fracture simple et de l'influence du système nerveux sur la production de la fièvre traumatique,

par Bowlby. (*St-Barthol. hosp. Rep.*, XX, p. 241.) — De la rotation tardive des fragments dans les fractures du maxillaire inférieur par armes à feu, par Chavasse. (*Arch. de méd. milit.*, 1er septembre.) — Fracture de l'apophyse transverse de l'atlas, par Armstrong. (*New York med. Journ.*, 2 mai.) — Notes sur 17 cas de fractures des vertèbres, à la clinique de Kocher à Berne, par de Reynier. (*Deut. Zeit. f. Chir.*, XXII. 3 et 4.) — Fracture du rachis, par Mollière. (*Gaz. des hôp.*, 17 novembre.) — Des fractures de côtes indépendantes du traumatisme, par Desnos. (*Soc. méd. des hôp.*, 21 octobre.) — Fracture de l'extrémité sternale de la clavicule, par Wyman. (*Med. News*, 7 novembre.) — Note pour servir à l'étude des altérations musculaires consécutives aux fractures, par Duplay et Clado. (*Progrès médical*, 1er août.) — Fracture de l'olécrâne, pseudarthrose, suture osseuse, par Caselli. (*Gaz. degli Ospitali*, 24 mai.) — Pronostic et traitement de la fracture transverse sous-cutanée de l'olécrâne, par Lauenstein. (*Cent. f. Chir.*, n° 33.) — Nouvelle méthode de traitement des fractures de l'olécrâne, par Ceci. (*La riforma med.*, 2 juillet.) — Du diagnostic des fractures du bras, par Altschul. (*Wien. med. Presse*, n° 5.) — Nouvel appareil pour l'application immédiate du plâtre dans les cas de fracture du fémur. (*Med. Times and Gaz.*, 26 septembre.) — Des fractures anciennes de la rotule, par Chaput. (*Thèse de Paris*, 7 novembre.) — Traitement de certaines fractures des os de la jambe et de la rotule par la suture des fragments, par W. Wright. (*New York med. Journ.*, 31 octobre.) — Nouvelle opération pour la fracture de la rotule, par Ceci. (*La riforma med.*, 10 juin.) — Sur l'état fonctionnel du membre inférieur à la suite des fractures transversales de la rotule, par Richelot. (*Union médicale*, septembre.) — Fracture du tibia; absence de réunion; amputation, par Parker. (*Med. Times*, 17 janvier.) — Fracture congénitale de la jambe droite compliquée de plaie (hémorragie, emphysème, abcès) chez un ataxique, consolidée en 47 jours, par Philippe. (*Gaz. des hôp.*, 24 septembre.)

G

Gangrène. — De la gangrène d'origine palustre, par Ramakers. (*Thèse de Lyon*, 9 mai.) — Des gangrènes morbilleuses et principalement de la gangrène pulmonaire comme terminaison des broncho-pneumonies rubéoliques, par Barthe. (*Thèse de Paris*, 6 nov.) — Un cas de gangrène pulmonaire consécutive à une pneumonie, par Honnorat. (*Lyon méd.*, 16 août.) — Thrombose artérielle marastique. Gangrène de la jambe chez un phtisique, par A. Gilbert. (*Arch. gén. de méd.*, février.) — Gangrène du pied chez un alcoolo-diabétique, traitée par le thermo-cautère et les pansements antiseptiques, par Bessette. (*Assoc. française; Congrès de Blois.*) — Un cas d'amputation spontanée par gangrène, par Cordeiro da Silva. (*Concours méd.*, 5 sept.) — Gangrène du scrotum consécutive à l'excision de ganglions inguinaux, lésion trophique aiguë, par Platt. (*Med. News*, 14 nov.) — De l'amputation à distance pour la gangrène sénile, par J. Hutchinson. (*Med. chir. Transact.*, LXVII, p. 91.)

Gastrostomie. — De la gastrostomie dans les tumeurs de l'œsophage, par W. Reid. (*St-Barthol. hosp. Rep.* XX, p. 117.) — Cancer de l'œsophage. Gastrostomie. Survie de 17 jours, par Lediard. (*Med. Times*, p. 502,

10 oct.) — Cancer de l'œsophage et gastrostomie, par NICAISE. (*Semaine méd.*, 9 sept.)

Génitaux (Organes). —Sur l'évolution comparée de la sexualité dans l'individu et dans l'espèce, par LAULANIÉ. (*Acad. des sciences*, 3 août.) — Contribution à l'anatomie des organes génitaux de l'homme, par FINGER. — Maladies des organes reproducteurs chez la grenouille, les oiseaux et les mammifères, par BLAND SUTTON. (*Journ. of anat. and physiol.*, vol. XXX, janv.) — Sur la tuberculose primitive du scrotum, par ROCHETTE. (*Thèse de Paris*, 28 oct.) — Épithélioma récidivé du pénis, par WATSON. (*N. York path. Soc.*, 23 sept.)

Géographie médicale. — Guide hygiénique et médical du voyageur dans l'Afrique centrale, par NICOLAS, LACAZE et SIGNOL. (In-8°, *Paris.*) — L'hygiène des Esquimaux avec quelques observations thermométriques pour établir leur température physiologique normale, par GREEN. (*Med. News*, 7 nov.) — Essai de topographie médicale et statistique de Buenos-Ayres, par CABRAL. (*Thèse de Paris*, 17 nov.) — Égypte ; géographie médicale, par ROCHEFORT. (*Dict. enc. des sc. méd.*, 1re série, tome 33.) — Des accidents causés par la puce chique à la Guyane française, par PUGLIETI. (*Thèse de Paris*, 1er déc.)

Glandes. — Sur les effets de l'excitation faradique directe des glandes, par VULPIAN. (*Acad. des Sciences*, 3 août.)

Glaucome. — Glaucome héréditaire, par HARLAN. (*Journ. of Americ. med. assoc.*, 12 sept.) — Étude clinique sur le glaucome, par GALLENGA. (*Annali di Ottalmol.* Anno X, IV, p. 149.) — Contribution à l'anatomie pathologique du glaucome, par BIRNBACHER et CZERMAK. (*Arch. f. Ophtalm.*, XXXI, Abth. 1.)

Goutte. — Traité de la goutte, du rhumatisme et des affections qui s'y rattachent, par HOOD. (In-8°, 3e édit., *Londres.*) — La goutte, ses formes cliniques, par GRANVILLE. (In-8°, *Londres.*) — La goutte et ses rapports avec les maladies du foie et des reins, par ROOSE. (In-8°, *Londres.*) — Goutte et rhumatisme, nature et traitement, par VINDEVOGEL. (In-12, *Paris.*) — Cancer et traitement de la lithémie, par PUTNAM. (*N. York med. journ.*, p. 591, 23 mai.) — Le prurigo goutteux, par DELIGNY. (*Concours méd.*, 5 sept.) — Note sur deux anciennes pièces d'arthrite goutteuse à Museum hospital, par D. DUCKWORTH. (*St-Barthol. hosp. Rep.* XX, p. 37.)

Grossesse. — Vomissements de la grossesse, par M. A. MORRIS. (*Boston med. and surg. journ.*, 20 août.) — De l'influence de quelques maladies aiguës sur la grossesse et l'état puerpéral, par CHRITTOFF BIZAS. (*Thèse de Montpellier*, n° 27.) — Influence réciproque du traumatisme sur la grossesse, par GAULARD. (*Bulletin médical du Nord*, sept.) — Sur un signe certain de la grossesse gémellaire et de la position respective des deux œufs, par PINZANI. (*Riv. clin. Bologna*, n° 8.) — Les écoulements aqueux chez les femmes grosses ou en état puerpéral (hydrorrhée de la grossesse), par SMITH. (*Americ. journ. of obstet.*, mai.) — Hydramnios compliquant une grossesse gémellaire, par LOCHLITER. (*Americ. journ. of obstet*, juin.) — Grossesse quadrigémellaire, par ARTHUR. (*Journ. of americ. med. assoc.*, 8 août.) — Grossesse dans un utérus sarcomateux, simulant une grossesse extra-utérine, par BERNARDY. (*Med. News*, 15 août, p. 190.) — Quatre cas de grossesse extra-utérine, traitement par le courant électrique, par MANN. (*Med. News*, 11 juillet.) — La guérison de la grossesse extra-utérine par l'électricité (étude expérimentale sur des poissons et des lapins),

par Landis. (*Americ. journ. of med. sc.*, octobre.) — Obs. de grossesse extra-utérine, laparotomie, mort, par Kirklin. (*Americ. journ. of obst.*, fév.) — Grossesse extra-utérine, laparotomie, guérison, par Rutledge. (*Ibid.*, nov.)

Gynécologie. — Traité des maladies de la femme, par Th. Billroth et A. Lücke. (2e édition. *Stuttgart.*) — Exploration des organes génitaux féminins et thérapeutique gynécologique générale, par Chrobak. (*Stuttgart.*) — Traité pratique des maladies des femmes, par Thorburn. (In-8°, *Londres.*)

H

Helminthes. — Recherches sur le développement des nématodes, par Hallez. (*Acad. des Sc.*, 26 oct.) — Les trématodes, par Poirier. (*Thèse de la fac. des sciences*, Paris.) — De l'ankylostome duodénal, ankylostomiase et anémie des mineurs, par Trostat. (*Thèse de Lyon*, n° 266.) — Note sur plusieurs cas d'ankylostomiase en Belgique, par Firket. (*Arch. de biol.*, V, fasc. 4.) — Contribution à l'histoire de la ladrerie chez l'homme, par Troisier. (*Société méd. des hôpitaux*, 4 nov.) — Observation d'un cas de bilharzia hæmatobia, par Gautrelet. (*Union médicale*, 8 octobre.) — Du rôle des parasites dans le développement de certaines tumeurs. Fibroadénome du rectum produit par les œufs du distormium hæmatobium, par Belleli. (*Progrès médical*, 25 juillet.) — Obs. d'hématurie endémique chez un sujet venant du cap de Bonne-Espérance, par Davies. (*St-Barthol. hosp. Rep.* XX, p. 181.) — Un cas d'épilepsie produite par des ascarides, par Kuschelewitsch. (*Russ. med.*, n° 29.)

Hémoglobinurie. — De l'hémoglobinurie, par Henrot. (*Assoc. française;* Congrès de Blois.)

Hémorragie. — De l'hémorragie ombilicale, par Thayer. (*N. York med. journ.*, 28 oct.) — De l'hydrastis canadensis dans les hémorragies utérines, par Jivopistzeff. (*Med. Obozr.*, n° 14.) — Histoire et généalogie des hémophiles de Tenna (Grisons), par Haessli. (*Thèse inaugurale*, Bâle.) — Cas nouveaux d'hémophilie, par Paul Wagner. (*Deutsch Zeitschrift für Chirurgie*. Bd. XXI, Heft 3 et 4, page 351.)

Hémorroïdes. — Traitement des hémorroïdes par les injections d'acide phénique, par Kelsey. (*Americ. journ. of med. sc.*, juillet.) — Comment doit-on traiter les hémorroïdes par les injections phéniquées, par Kelsey. (*N. York med. journ.*, 14 nov.) — Etude sur les hémorroïdes et leur traitement, par Goudet. (*Thèse Montpellier*, n° 54.)

Herpès. — Des rapports de l'herpès de la grossesse et de certaines autres formes avec la dermatite herpétiforme, par Duhring. (*Americ. dermatol. Assoc.*, 26 août.) — Herpès tonsurans maculosus, par Elliot. (*N. York med. journ.*, 4 juillet.)

Hernie. — Hernie diaphragmatique, par Cayla. (*Soc. anat.*, 28 nov. 1884.) — Guérison d'une énorme hernie irréductible, par Tillaux. (*Gaz. des hôp.*, 29 août.) — Un cas de cure radicale de hernie inguinale chez un enfant de 1 an 1/2, par Lindenbaum. (*Vratch*, n° 30.) — De l'opération de

la hernie étranglée, par Verneuil. (*The med. News*, 29 août.) — Hernie ombilicale étranglée : excision du sac. Suture de l'anneau, par Clement Lucas. (*Med. Times*, p. 547, 17 oct.) — Hernie ombilicale, rupture, issue de plusieurs pieds d'intestin, mort, par Rennie. (*China customs med. Rep*, n° 28 et *Med. Times*, 17 oct.) — Hernie ombilicale. Opération après un étranglement de sept jours, par Geller. (*Wien. med. Presse*, n° 29.) — Hernie fémorale irréductible avec sac épiploïque. Opération pour cure radicale. Guérison, par Clement Lucas. (*Med. Times*, 1er août, p. 146.) — Elongation forcée des ligaments du genou à la suite de la réduction par extension verticale d'une hernie fémorale chez un enfant, par Fischer. (*Deut. Zeit. f. Chir.* XXII, p. 417.) — Entérectomie dans un cas de gangrène herniaire. Guérison, par Folet. (*Bulletin médical du Nord*, juillet.) — Hernie ovarienne irréductible enflammée ; herniotomie avec ablation de l'ovaire, guérison, hernie inguinale consécutive, cure radicale, guérison, par Holot et Tilling. (*St-Petersb. med. Woch.*, 7 sept.)

Histologie. — Principes d'histologie, description et pratique, par Schafer. (Philadelphie.) — De la celloïdine, nouvelle matière pour les coupes histologiques, usages et avantages de la méthode, par Standish. (*Amer. jour. of ophtal.*, II, p. 3-4, p. 68.)

Hôpital. — Les hôpitaux spéciaux pour phtisiques, par A. Riant. (*Ann. d'hygiène*, oct.)

Hydatides. — Des kystes hydatiques, leur fréquence en Australie, par Thomas. (In-8°, Londres, 1884.) — Des kystes hydatiques du poumon, par Thomas. (In-8°, Londres, 1884.) — Des kystes hydatiques de la rate et de leur traitement, par Mosler. (Wiesbaden, 1884.) — Un cas d'échinocoque de l'orbite, par Schmid. (*Cent. f. Chir.*, 27 juin.) — Echinocoques de la rate, par Golubow. (*Med. Obosren.*, n° 8.) — Laparotomie pour un kyste hydatique de la rate, par Fibbi. (*Gazz. med. di Torino*, 15 sept.) — Kyste hydatique du foie, par Terrillon. (*Gaz. des hôp.*, 4 août.) — Sur les kystes hydatiques uniloculaires du foie, par Ch. Durand. (*Thèse Montpellier.*) — Kyste hydatique suppuré du foie, par Villette. (*Bulletin médical du Nord*, juin.) — Traitement des kystes hydatiques du foie par l'electrolyse capillaire, par Henrot. (*Journ. de méd. de Paris*, 11 oct.) — Kyste hydatique du rein droit, par Steven. (*Glasgow med. journ.*, juin.) — Kyste hydatique de la colonne vertébrale, myélite par compression, par Hontang. (*Soc. anat.*, 13 fév.)

Hydrothérapie.—Influence de l'hydrothérapie sur la circulation cérébrale, par Musso et Bergesio. (*Riv. sper. di freniatria*, XI, fasc. 1.) — *Idem.*, par Solaro. (*La riforma med.*, 3 juin.)

Hygiène. — L'hygiène et les microbes, par Drouineau. (In-8°, La Rochelle.) — Les progrès de l'hygiène au Pérou. (*El Monitor med. Lima*, juin.) — Des aptitudes physiologiques pour la vie politique, par Richardson. (*The Asclepiad*, octobre.) — Maladies inhérentes à la vie publique, par Richardson. (*The Asclepiad*, octobre.) — Hygiène scolaire et maladies imputables à la vie scolaire, par Farquharson. (In-8°, Londres.) — L'audition à l'école, par Gellé. (*Rev. d'hyg.*, VII, n° 8.) — Peintres, par Hahn. (*Dict. enc. des sc. méd.*. 2e série, t. XXII.) — De l'hygiène du vêtement féminin : gorge artificielle et pantalons, par Hesse. (*Neuwied.*)—La santé publique à Lyon pendant l'année 1884, rapport par J. Teissier. (In-8°, Lyon.) — Dispositions à adopter pour l'assainissement de la ville de Toulon, par Brouardel et Bruniquel. (*Ann. d'hyg.*, sept., p. 209.) — De la pollution des rivières par les eaux-vannes, par Dupré. (*Ann. d'hyg.*, sept., p. 247.) — Valeur

hygiénique du projet de canalisation à Wienneustadt, par KRATSCHMER. (*Soc. des méd. de Vienne*, 22 mai.) — Le rapport législatif sur l'assainissement de la Seine, par VALLIN. (*Rev. d'hyg.*, VII, n° 8.) — Le tout à l'égout à Milianah, par VIRY. (*Rev. d'hyg.*, VII, n° 8.) — La désinfection des wagons ayant servi au transport des bestiaux sur les voies ferrées, par REDARD. (*Rev. d'hyg.*, VII, n° 8.) — De la crémation au point de vue de l'hygiène, par J. O. MARBLE. (*Boston med. and. surg. Jour.*, 6 août.)— Des fumiers, de leurs rapports avec les maladies infectieuses, notamment la diphtérie, par FERRAND. (*Lyon méd.*, 20 sept.) — Quelques aperçus sur la prostitution au point de vue social, économique et moral, par A. BERCK. (Broch., Bruxelles.)

Hypnotisme. — Magnétisme et hypnotisme, par CULLERRE. (In-8°, 400 p. Paris.) — Note sur les hémorragies cutanées par autosuggestion dans le somnambulisme provoqué, par MABILLE. (*Progrès médical*, 29 août.) — De l'hypnotisme employé comme moyen de traitement de l'aliénation mentale et des névroses, par VOISIN. (*Assoc. française;* Congrès de Blois.) — Hypnotisme. Revue critique de quelques publications récentes sur cette matière, par G. DESCOURTIS. (*Encéphale*, n° 51.)

Hystérie. — Recherches expérimentales sur l'hystérie, par DEBOVE et FLAMAND. (*Soc. méd. des hôpitaux*, 22 août.) — De l'hémianesthésie hystérique et de sa valeur, par FERNALD. (*N. York med. Journ.*, 7 nov.) — Un cas curieux de catalepsie, par DE LA TORRE Y HUERTA. (*La Enciclopedia*, juillet.) — Considérations cliniques sur les paralysies hystériques, par F. BOLANOS Y FUNDORA. (*Thèse Montpellier*, n° 15.) — Cas d'hystérie dans lequel les attaques sont marquées par une manifestation rare : éternuments, par SOUZA LEITE. (*Arch. de neur.*, vol. IX, p. 53.) — Attaques hystéro-épileptiformes ; aura psychique à longue durée (obsession d'une phrase oubliée aussitôt que l'accès a eu lieu), par P. MOREAU (de Tours.) (*Encéphale*, p. 319.)

I

Idiotie. — Note sur trois crânes d'idiots et une voûte cranienne, par DOUTREBENTE et MANOUVRIER. (*Assoc. française, Congrès de Blois.*) — Note sur quelques idiots ou imbéciles recueillis à l'asile de Blois, par DOUTREBENTE et MANOUVRIER. (*Ibid.*)

Impétigo. — Sur la nature contagieuse et parasitaire de l'impétigo, par DEWÈVRE. (*Arch. méd. milit.*, p. 209, 16 septembre.) — La contagiosité et le parasitisme de l'impétigo au point de vue thérapeutique et prophylactique, par ÉLOY. (*Union médicale*, 15 octobre.)

Infection. — Quelques observations remarquables de maladies infectieuses, par LEYDEN. (*Charité annalen*, X, Jahrg., p. 182.)

Inflammation. — Étude de l'inflammation, par LANDERER. (*Samml. klin. Vorträge*, n° 259.)

Inhalation. — Des inhalations antiseptiques, par BEV. ROBINSON. (*N. York med. journ.*, 18 juillet.) — Traitement des maladies des voies respiratoires, y compris la phtisie, par les inhalations, par HILL HASSALL. (In-8°, *Londres.*)

Injection. — Manuel des injections sous-cutanées, par Bourneville et Bricon. (In-12, 2e édit., *Paris.*) — Sur quelques applications de la méthode hypodermique, par Morice. (*Assoc. Française ; Congrès de Blois.*)

Insolation. — Observation d'insolation et de coup de chaleur ; cinquante cas, par O. Horwitz. (*Med. News*, 31 oct.) — De l'emploi de l'antipyrine dans l'insolation, par Westbrook. (*N. York med. journ.*, 25 juillet.)

Intestin. — Anatomie du canal intestinal et du péritoine chez l'homme, par Treves. (In-8°, *Londres.*) — La valvule de Bauhin considérée comme barrière des apothicaires, par Debierre. (*Lyon méd.*, 8 nov.) — Un cas de cancer du cœcum, par Foxwell. (*Med. Times*, 22 août, p. 250.) — Arrachement du gros intestin. (*Gaz des hôp.*, 8 août.) — De la gastro-entérostomie, par Courvoisier. (*Cent. f. Chir.*, 6 juin.) — De la gangrène du colon consécutive au détachement du mésocolon dans la résection du pylore, par Rydygier. (*Cent. f. Chir.*, n° 13.) — *Idem.*, par Lauenstein, (*Ibid.*)

Iris. — Quelques recherches sur la couche pigmentaire de l'iris et sur le soi-disant muscle dilatateur de la papille, par Bac. (*Arch. d'ophtalmologie*, n° 4, p. 311.) — Sur l'opération pour le déplacement partiel ou total de la pupille, par Green John. (*American journ. of ophtalm*, vol. II, n° 3 *bis* 4, p. 51.) — Considérations sur la pathogénie des kystes de l'iris, par Ferret. (*Bulletin de la clinique nationale ophtalm.*, III, 2, p. 109.) — Coloboma irido-choroïdien, par Koenigstein. (*Wien. med. Presse*, n° 21.) Un cas de délire consécutif à une iridectomie pour glaucome, par Hirschberg. (*Centralbl. f. prakt. Augenheilk.*, juin.)

K

Kyste. — 4 observations de kystes du canal branchial, par Zahn. (*Deut. Zeit. f. Chir.*, XXII, p. 399.) — Kyste congénital du cou, par Dubar. (*Soc. de chir.*, 22 juillet.) — Du traitement des kystes hordéiformes du poignet et de la paume de la main par l'évacuation de la poche, le lavage antiseptique et l'ignipuncture profonde, par Duplouy. (*Assoc. française; Congrès de Blois.*) — Kyste à grains riziformes du poignet opéré par un procédé particulier, par Sabatier. (*Rev. de chir.*, 10 novembre.) — Énorme kyste hématique profond. Pathogénie des kystes hématiques, par Folet. (*Bulletin médical du Nord*, août.) — Kyste sanguin de l'hypocondre droit, consécutif à un traumatisme, par Méry. (*Soc. anat.*, 16 janv.)

L

Lacrymales (Voies). — Dacryodénite, par Ferret. (*Bull. de la clin. nationale*, III, 2, p. 112.) — De la dilatation et de l'irrigation des voies lacrymales dans la thérapeutique des affections de ces conduits, par Armaignac. (*Revue clinique d'oculistique*, n° 7, p. 161.)

Langue. — Note sur l'organe folié de la langue des mammifères, par BOULART et PILLIET. (*Journ. de l'anat.*, juillet-août.) — Maladies de la langue, par BUTLIN. (In-12, *Londres.*) — Recherches sur le goût, les mouvements de mastication et de déglutition et sur la parole chez un opéré de l'extirpation totale de la langue, par THIERRY. (*Arch. f. klin. Chir.*, XXII, 3.) — De l'hémiglossite, par GUETERBOCK. (*Deuts. Zeit f. Chir.*, XXII, 3 et 4.) — Leucoplasie buccale, icthyose de la langue, guérison par le galvano-cautère, par F. INGALS. (*Americ. laryng. assoc.*, 25 juin.) — Épithélioma de la langue, par TRÉLAT. (*Gaz. des hôp.*, 30 juillet.)

Laparotomie. — Les contre indications de la laparotomie, nécessité de les reconnaître par COE. (*N. York med. journ.*, 9 mai.) — Des corps étrangers laissés dans l'abdomen après la laparotomie (éponges, pinces, 20 obs.), par WILSON. (*Transact. of americ. gyn. soc.*, IX.) — Notes sur la laparotomie, par BIONDI. (*La Riforma med.*, 5 sept.) — Sur la laparotomie latérale, par POLAILLON. (*Gaz. méd. de Paris*, 25 avril.) — Laparotomie pour un épithéliome intestinal, mort, par d'ANTONA. (*La Riforma med.*, 16 juin.)

Larynx. — Relations du larynx et de la trachée avec la colonne vertébrale chez le fœtus et chez l'enfant, par J. SYMINGTON. (*Journ. of anat. and physiol.*, vol. XIX, avril.) — Sur le développement embryonnaire de l'épithélium dans les voies aériennes, par LAGUESSE. (*Thèse de Paris*, 7 nov.) — La voix de l'enfant, les soins à donner en rapport avec la croissance, par BEHNKE. (In-8°, *Londres.*) — Physiologie de la voix et du chant; hygiène du chanteur, par GOUGUENHEIM et LERMOYEZ. (In-12, *Paris.*) — Leçons sur l'aphonie ou la perte de la voix à la suite d'affections laryngées, par NEWMAN. (*Glasgow med. journ.*, juillet.) — Quelques troubles moteurs du larynx avec observation, par JONHNSON. (*Americ. laryng. assoc.*, 24 juin.) — Des troubles laryngés d'origine cérébrale, par REBILLARD. (*Thèse de Paris*, 3 déc.) — Remarques sur la classification des névroses fonctionnelles de la gorge et du nez, par SHERRY. (*Americ. journ. of med. sc.*, oct.) — Aphonie simulée chez les jeunes gens, par KOLIPINSKI. (*N. York med. journ.*, 17 oct.) — Recherches laryngoscopiques sur le diagnostic de la phtisie pulmonaire, par FISCHER. (*Wiener med. Woch.*, 29 août.) — Fièvre typhoïde, bronchectasie et adénopathie bronchique tuberculeuse, végétation polypoïde du larynx symptomatique d'une périchondrite des cartilages cricoïde et aryténoïde gauche, mort, par TOUSSAINT. (*Arch. de méd. milit.*, 1er sept.) — Phymie laryngée, eaux sulfureuses, trachéotomie, par DUHOURCAU. (*Bulletin de la Société de médecine d'Angers.* 1er semestre.) — Traitement de la phtisie laryngée, par FLETCHER INGALS. (*N.-York med. journ.*, 7 nov.) — De la caféine dans la phtisie laryngée par GOUGUENHEIM. (*Ann. des mal. de l'oreille*, nov.) — De l'alimentation dans la phtisie laryngée, par ROBINSON. (*Americ. Laryng. Assoc.*, 26 juin.) — Œdème localisé à l'isthme du gosier dans l'albuminurie. Récidive avec propagation à la muqueuse laryngée. Œdème de la glotte. Trachéotomie. Mort, par HANOT. (*Arch. gén. de méd.*, avril.) — Cas de bronchocèle compliquée de spasmes laryngés, par W. YOUNAN. (*Lancet*, 17 octobre.) — De l'adénopathie trachéo-bronchique, par J. SIMON. (*Gaz. médic. de Paris*, 7 nov.) — Lésion du nerf récurrent gauche dans le cours d'un anévrisme aortique, par MATHIEU. (*Journ. des connaiss. méd. prat.*, 2 juillet.) — Cas de laryngite hémorragique par LINZ. (*Med. Obosr.*, n° 14.) — Deux cas d'herpès laryngé, par STEPANOW. (*Med. Obosr.*, n° 14.) — Hémorragie sous-muqueuse laryngée, avec kyste sanguin, par IVES. (*N.-York med. Journ.*, 3 oct.) — Sur les polypes du larynx, par MASINI. (*La riforma med.*, 11 juin.) — Carcinome du larynx, extirpation de l'organe, guérison, par STÖRK. (*Soc. des méd. de Vienne*, 24 avril.) —

Paralysie avec contracture de la corde vocale droite, trachéotomie, mort. Adénopathie trachéale supérieure; larynx sain, cancer encéphaloïde du poumon, méconnu par CHATELLIER. (*Ann. des mal. de l'or.*, juillet.) — Traitement de la toux convulsive par l'iodoforme et l'essence de térébenthine, par BATTISTA. (*La riforma med.*, 20 août.) — Du tubage du larynx par O'DWYER. (*N.-York med. journ.*, 8 août.) — Un porte-caustiques laryngé, par MACLAY. (*Med. News*, 7 nov.)

Lèpre. — La lèpre à Riga, par BERGMANN. (*St. Petersb. med. Woch.*, 21 sept.) — Altération du ganglion de Gasser et du ganglion cervical supérieur dans la lèpre, par SUDAKEWITSCH. (*Wratsch.*, nº 47, 1884.)

Leucémie. — Un cas de maladie de Hodgkin avec autopsie, par MARVIN. (*Med. News*, 19 sept.)

Lèvre. — Sur une variété d'épithelioma de la lèvre inférieure, par LEJARD. (*Arch. de méd.*, juin.)

Lipome. — Lipome de la région sus-claviculaire, par LAFFON. (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 23 août.) — Fibro-lipome pédiculé et sarcome de la langue, par ALBERT. (*Wien. med. Presse*, nº 6.)

Locomotion. — Locomotion humaine; mécanisme du saut, par MAREY et DEMENY. (*Acad. des Sciences*, 24 août.) — Mesure du travail mécanique effectué par la locomotion de l'homme. Variations du travail mécanique dépensé dans les différentes allures de l'homme, par MAREY et DEMENY. (*Acad. des Sciences*, 9 nov.)

Lupus. — Le lupus est une affection distincte de la tuberculose, par GAMBERINI. (*Giorn. ital. delle mal. veneree*, mars.) — Rapports du lupus avec la tuberculose, par HYDE. (*Americ. dermat. Assoc.*, 26 août.) — Le traitement du lupus par les parasiticides (sublimé), par WHITE. (*Americ. dermat. Assoc.*, 26 août.)

Luxation. — D'une nouvelle cause de luxation spontanée par ROSER. (*Cent. f. Chir.*, nº 33.) — De l'étiologie des luxations de l'extrémité sternale de la clavicule par STETTER. (*Cent. f. Chir.* nº 4, 24 janv.) — Luxation de l'humérus, insuccès du procédé de Dugas, par STICK. (*Med. News*, 3 oct.) — Luxation ancienne non réduite de l'épaule, par PRENGRUEBER. (*Gaz. des hôp.*, 8 oct.) — Luxation sous-glénoïdienne irréductible, par THOMAS. (*Revue de Chir.*, sept.) — Note sur la réduction immédiate dans la luxation sous-coracoïdienne, par RIALAN. (*Arch. de méd.*, nov., août.) — Résection de la tête de l'humérus pour une luxation sous-claviculaire, datant de six mois, irréductible, même après la section des brides fibreuses à ciel ouvert, par OLLIER. (*Lyon méd.*, p. 568, 23 août.) — Luxation de l'avant-bras en arrière datant de six mois, réduction, par RAYMONDAUD. (*Journ. de la soc. de méd. Limoges*, juin.) — Luxation de la hanche chez une enfant de 5 ans; réduction au bout de 3 mois, par LEDIARD. (*Med. Times*, 5 sept., p. 317.)

Lymphatique. — Extirpation d'un lymphome du cou, par STACKOUSE. (*Philad. clin. soc.*, 22 mai.) — Des lymphomes du cou (48 observations), par A. FRÆNKEL. (*Zeitschr. f. Heilk.*, Bd. VI, p. 193.) — Cas de mycosis fongoïde (lymphadémie cutanée), par G.-H. TILDEN. (*Boston med. and surg. Journ.*, 22 octobre.)

M

Main. — Nouvelle observation de doigt à ressort, par LARGEAU. (*Arch. de méd.*, octobre.) — Enfant porteur d'un doigt surnuméraire à la main, par ESCHENAUER. (*Bulletin Soc. d'anthrop.*, VIII, fascicule 2.)

Maladies professionnelles. — Recherches sur les maladies des porcelainiers, par BOUDET. (*Journ. de la Soc. de méd. de Limoges*, mars et suiv.)

Malformation. — Cas de perobrachie et de microdactylie, par CAPPI. (*Annal universali di med. e di chir.*, novembre 1884.) — Malformation congénitale du rectum chez une femme, par BOY. (*Americ. journ. of obstet.*, octobre.) — Observation d'hermaphrodite, par LAWRIE. (*Glasgow med. Journ.*, nov.) — Du pseudo-hermaphrodisme, par LEBLOND. (*Ann. de gyn.*, juillet.)

Mamelle. — Glandes mammaires accessoires, par CAMERON. (*Journ. of anat. and phys.*, XIII.) — Sur la génèse et le traitement des abcès du sein, par PLANTI. (*Thèse de Lyon*, n° 282.) — Traitement de la mastite par la compression et le repos, par HARRIS. (*Americ. journ. of obst.*, janvier.) — Cancer secondaire de l'aisselle (cancer du sein) désarticulation de l'épaule, hémiplégie subite avec aphasie; mort, par STIMSON. (*New York surg. Soc.*, 12 mai.) — Des épanchements pleuraux consécutifs aux cancers du sein, par MEUSNIER. (*Assoc. française; Congrès de Blois.*) — Longévité des femmes à cancer du sein opéré ou non opéré, par LEMAISTRE. (*Journ. de la Soc. de méd. Limoges*, juin.) — Squirrhe des deux seins; amputation des deux seins le même jour, par DESPRÉS. (*Gaz. des hôp.*, 22 août.) — De l'amputation de la mamelle avec le pansement antiseptique à demeure, par HOFFA. (*Breslauer aerz. Zeit.*, n° 2.) — Cas de galactorrée, par DOE. (*Americ. journ. of obstet.*, juin.)

Massage. — De l'emploi du massage en chirurgie, par TSCHUTSCHKIN. (*Med. Obosren.*, n° 17.) — Du massage, expériences de GHIMAZZI. (*La Riforma med.*, 22 septembre.)

Maxillaire. — Du traitement des fractures du maxillaire inférieur par l'appareil de Martin, par POLLOSSON. (*Lyon méd.*, 18 oct.) — Sarcome du maxillaire supérieur, par GALOZZI. (*La Riforma med.*, 16 mai.) — Contribution à l'étude des kystes du maxillaire inférieur, par AUSSENAC. (*Thèse Montpellier*, n° 6.) — De la résection de la mâchoire dans les cas d'ankylose vraie, par RANKE. (*Arch. f. klin. Chir.*, XXXII, 3.) — Deux observations de résection partielle du maxillaire inférieur; hémorragies secondaires; dans un cas mort avec gangrène pulmonaire, par BROCA. (*Soc. anat.*, 13 fév.)

Médecine (Histoire). — Esquisse historique sur les épidémies et les médecins à Beaune, avant 1789, par AUBERTIN et BIGARNE. (In-12, *Beaune*.) — Les Anglais et la découverte de la circulation du sang, par HENRI COLLIN. (*Arch. f. path. An. u. Phys.*, XCVII, H. 3, p. 431.) — La doctrine de l'évolution de Darwin pour l'explication de l'étiologie de certaines maladies, par AITKEN. (*Glasgow med. Journ.*, août.) — La circulation du sang; Harvey, par TURNER. (In-8°, *Paris*.) — Leuwenhoeck et l'origine de l'histologie, par RICHARDSON. (*The Asclepiad*, octobre.) — La chirurgie en 1885, par VERNEUIL. (*Rev. scientif.*, 15 août.) — La chirurgie en 1885, par U. TRÉLAT. (*Rev. scientif.*, 14 novembre.)

Médecine légale. — De l'anthropométrie au point de vue de l'identification des récidivistes, par Pernot. (*Lyon méd.*, 1er novembre.) — Des ecchymoses cutanées, étude médico-légale, par Perrin de la Touche. (*Thèse de Paris*, 31 octobre.) — Etude médico-légale sur les sévices de l'enfance, par Delcasse. (In-4°, *Paris.*) — Etude médico-légale sur les plaies d'entrée par coups de revolver, par Poix. (*Thèse de Lyon*, n° 285.) — Du pseudo-hermaphrodisme comme impédiment médico-légal à la déclaration du sexe dans l'acte de naissance, par Garnier. (*Ann. d'hyg.*, sept. p. 235.) — Idem, par Leblond. (*Ibid.*) — Pédérastie, par Lacassagne. (*Dict. encycl. des sc. méd.*, 2e série, XXII.) — Dépression du pariétal gauche chez un nouveau-né trouvé dans les latrines. Quelle en est la cause ? par Hofmann. (*Wien. med. Presse*, n° 20.) — Observation de médecine légale, par Pellacani. (*Annali universali di med. e di chir.*, novembre 1884.) — Etat mental de P. Giuseppe. Simulation de folie. Rapport médico-légal, par Verga et Tradati. (*Rivista sper. di fren. e di med. leg. Fasc. IV*, 1884.) — Etat mental de N. Lorenzo. Tentative d'homicide. Folie systématique, délire de persécution. Rapport médico-légal, par Poggi. (*Ibid. Fasc. IV*, 1884.)

Mélanose. — Un cas de mélano-sarcome (un millier de tumeurs sur la peau), par Rothacker et Thompson. (*Med. News.* 5 sept.) — Observation de sarcome mélanique multiple (généralisation), par Tennent; remarques sur le mode de développement et de propagation de ces tumeurs, par Coats. (*Glasgow med. Journ.*, août.)

Méninge. — Observation de méningite cérébro-spinale, par Lipari. (*Morgagni*, juin-juillet.) — Méningite tuberculeuse de l'adulte, aphasie transitoire, par P. Raymond. (*Progrès médical*, 13 février.) — Méningite tuberculeuse, aphasie, guérison, par Bauer. (*Wien. med. Presse*, n° 23.) — Lipome de la pie-mère, par Féré. (*Soc. anat.*, 12 déc. 1884.) — Sarcome de la dure-mère à droite ; hallucinations unilatérales du côté droit, par Millet. (*An. méd. psych.*, p. 229.)

Menstruation. — Contribution à l'étude de la menstruation. Observations confirmatives de sa théorie par W. Lœwenthal. (*Arch. f. Gynæk.*, XXVI, Heft, 1.) — Ovulation et menstruation au point de vue de leurs rapports physiologiques, par Townsend. (In-8°, *Albany.*) — Théories de la menstruation nouvelle théorie, par Mary Jacobi. (*Americ. Journ. of Obstet.*, avril.) — Des menstruations supplémentaires, par A Wiltshire. (*Lancet*, 19 sept.)— Troubles cardiaques de la ménopause, par Zalga. (*Thèse de Lyon*, n° 280.) — De la navigation comme cause de troubles menstruels, par Marestang. (*Thèse Montpellier*, n° 17.) — L'influence des voyages sur mer sur les fonctions génitales des femmes, par Irwin. (*New York med. Journ.*, p. 536, 9 mai.) — De l'aménorrhée, par Skene. (*Med. News*, 5 septembre.) — La nature essentielle de la dysménorrhée spasmodique, par Herr. (*Americ. Journ. of Obst.*, oct.) — De la dysménorrhée, par Skene. (*Med. News*, 19 sept.). — Certaines formes de dysménorrhée, leur traitement, par Davenport. (*Boston med. and surg. journ.*, 10 sept.).

Miliaire. — Sur la soi-disant miliaire de Palerme, par Ingria. (*Morgagni*, juin-juillet.)

Moelle. — Etude des lésions de la protubérance annulaire, par Algeri et Marchi. (*Riv. sper. di Freniatria*, XI, 2 et 3.) — Étude des paraplégies par troubles de circonvolution de la moelle, par Meunier. (*Thèse de Paris*, 19 nov.) — De la polyomyélite antérieure aiguë, par R.-A. Gibbons. (*Med. Times and Gaz.*, 5 sep.) — Myélite chronique, guérison, par Rockwell. (*New York med. Journ.*, 20 juin.) — Impossibilité de se gargariser et incoordination des

mouvements en arrière, comme signes additionnels de la sclérose cérébrale et spinale postérieure, par Hughes. (*New York med. Journ.*, 25 avril.) — Quelques formes de myélite, leur diagnostic avec la paraplégie hystérique, par Mills. (*Med. News*, 15 août.) — Anesthésie spinale et médication locale de l'affection médullaire (injection de cocaïne), par L. Corning. (*New York med. Journ.*, 31 oct.). — La maladie de Gilles de la Tourette, par Le Gendre. (*Union médicale*, 19 juillet.) — Arthropathie au cours d'une sclérose en plaques probables, par Féréol. (*Société médicale des hôpitaux*, 22 juillet.) — Essai de diagnostic d'une affection de la moelle indépendante du tabes, avec arthropathie du coude gauche, par Berbez. (*France médicale*, 20 août.) — Méningo-myélite diffuse, traitée et guérie par la médication révulsive, par Richardière. (*France médicale*, 27 août.) — Myélite subaiguë consécutive à une névrite du nerf sciatique, mort, par Bompard. (*Gaz. des hôp.*, 13 octobre.) — Rapports entre les symptômes et les lésions de la sclérose spinale postérieure, par Spitzka. (*Med. News*, 4 juillet. p. 16.) — Deux cas de myélite avec guérison rapide, par Friedmann. (*Soc. des méd. de Vienne.* 8 mai.) — Myélite, guérison spontanée, par Mader. (*Wien. med. Presse,* n° 5.) — Recherches sur les causes de l'ataxie locomotrice progressive, par Belugou. (*Progrès médical*, 29 août.) — Étude de l'ataxie aiguë, par Kannenberg. (*Zeit. f. klin Med.*, IX, 6.) — Phénomènes préataxiques, par Gamberini. (*La Riforma med.*, 15 juin.) — Troubles vasomoteurs dans l'ataxie locomotrice, par Farge. (*Bulletin de la Société de médecine d'Angers*, 1er semestre.) — Ataxie locomotrice; six cas dans la même famille, par W. Everett Smith. (*Boston med. and surg. Journ.*, 15 octobre.) — Observation d'ataxie, par Médail. (*Journ. de med. de Bordeaux*, 27 sept.) — Ataxie sans perte de la sensibilité et augmentation des réflexes patellaires, par Prime. (*Journ. of americ. med. Assoc.*, 31 octobre.) — Des rapports de l'ataxie locomotrice et de la paralysie générale, par Baillarger. (*Ann. méd. psych.*, 7e série, I, p. 194.) — Des troubles intellectuels survenant dans quelques affections de la moelle et plus spécialement dans l'ataxie locomotrice, par Philippe Rey. (*Ibid.*, 6e série, XII, p. 211.) — De la contracture tabétique progressive, par Demange. (*Rev. de méd.*, juillet.) — De l'atrophie du maxillaire supérieur dans l'ataxie locomotrice, par Manoha. (*Thèse Montpellier*, n° 47.) — Etude sur un cas de pied tabétique, par Chauffard. (*Soc. méd. des hôp.*, 4 nov.) — Lésions osseuses et articulaires chez un ataxique, par Petit. (*Bull. de la Soc. d'anat. de Bordeaux*, 16 juin.) — Note sur un cas d'arthropathie ataxique, par G. Bellangé. (*Encéphale*, 1884, p. 695.) — Des rapports qui existent entre les premiers degrés de la dégénérescence grise du nerf optique et l'accroissement ou la diminution du réflexe patellaire, par Norris. (*Med. News*, 22 août.) — Les exanthèmes des ataxiques, par Janovsky. (*Soc. des méd. de Prague*, 10 février.) — Deux cas de maladie de Friedriech, par W. Sinkler. (*Med. News*, 4 juillet.)

Monstre. — 1° Anencéphale avec spina bifida cervical; 2° jumeaux de sexe différent réunis par la face antérieure du tronc, par Leclerc. (*Lyon méd.*, 28 juin, p. 306.) — Dissection d'un monstre double épignathe, par Al. Hill, (*Journ. of Anat. and Physiol. vol. XIX*, janvier.)

Mort. — De la mort subite, statistique de la Morgue de 1871 à 1884, par Marevery. (*Thèse de Paris*, 25 novembre.)

Mortalité. — La mortalité à Madrid, par Gorsillo Lozano. (*Broch. Madrid.*)

Morve. — Transmission de la morve aiguë au porc, par Cadéac et Malet. (*Acad. des sciences.*, 2 novembre.) — Le contage de l'influenza du cheval, par Lustig. (*Centrabl. f. die med. Wiss.*, 6 juin.)

Muscle. — Recherches expérimentales paraissant montrer que les muscles atteints de rigidité cadavérique restent doués de vitalité jusqu'à l'apparition de la putréfaction, par Brown-Séquard. (*Acad. des sciences*, 9 nov.) — Sur la période d'excitation latente de quelques muscles chez les invertébrés, par de Varigny. (*Acad. des Sciences*, 7 sept.) — Les muscles et la production de la chaleur, par Richet. (*Rev. scientif.*, 17 octobre.) — Sur les phénomènes intimes de la contraction musculaire dans les faisceaux primitifs striés, par Laulanié. (*Acad. des sciences*, 12 octobre.) — Sur les phénomènes intimes de la contraction musculaire dans les faisceaux primitifs striés, par Laulanié. (*Acad. des sciences*, 12 octobre.) — Sur les phénomènes intimes de la contraction musculaire dans les faisceaux primitifs striés, par Laulanié. (*Acad. des sciences*, 5 octobre.) — Des hypertrophies musculaires compensatrices, par Nothnagel. (*Soc. de méd. de Vienne*, 12 juin.) — Etudes de quelques-unes des formes cliniques de la myopathie progressive primitive, par Marie et Guinon. (*Rev. de méd.*, octobre.)

Myxœdème. — La pathologie du myxœdème d'après un cas type, par J. Harley. (*Med. chir. Transact.*, LXVII, p. 191.)

Myxome. — Du myxome diffus du tissu cellulaire des membres, par Rafin. (*Thèse de Lyon*, n° 271.)

N

Nerf. — Terminaison des nerfs moteurs dans les muscles striés de la grenouille, par Sihler. (*Studies from the biol. laboratory*, III, fasc. 3.) — Nerf pathétique; anatomie, physiologie, pathologie, par I. Straus. (*Dict. encycl. des sc. méd.*, 2e série, t. XXI, 2e partie.) — Recherches sur l'anatomie comparée de la corde du tympan des oiseaux, par Magnien. (*Acad. des sc.*, 16 nov.) — Du mode de distribution de quelques filets sympathiques intra-crâniens et de l'existence d'une racine sympathique du ganglion ciliaire chez l'oie, par Rochas. (*Acad. des sciences*, 25 oct.) — Des amas de cellules ganglionnaires au niveau des racines rachidiennes, par Brodi. (*Centralbl. f. die med. Wiss.*, 18 et 25 avril.)—Nouvelles recherches sur l'origine des fibres nerveuses glandulaires et des fibres nerveuses dilatatrices qui font partie de la corde du tympan et du nerf glosso-pharyngien, par Vulpian. (*Acad. des sciences*, 2 nov.) — Quelques méthodes récentes de coloration des tissus nerveux, par Starr. (*Med. News*, 4 juillet, p. 14.) — La circulation dans les cellules ganglionnaires, par Adamkiewicz. (*Acad. des sc.*, 26 oct.) — De la prétendue circulation dans les cellules ganglionnaires, par Vignal. (*Acad. des sc.*, 23 nov.) — Recherches sur les fonctions du nerf de Wrisberg, par Vulpian. (*Acad. des Sciences*, 23 nov.) — Recherches prouvant que le nerf trijumeau contient des fibres vaso-dilatatrices dès son origine, par Vulpian. (*Acad. des Sc.*, 16 nov.) — Effets de l'excitation du pneumogastrique pendant la narcose chloroformique, par Amrus. (*Allgem. Wiener med. Zeit.*, 12 mai.) — La sensibilité retardée et les fausses anesthésies dans les lésions des nerfs périphériques, par Nicaise. (*Gaz. des hôp.*, 8 août.) — Excitation du pneumogastrique chez le lapin empoisonné par l'acide carbonique, par Fredericq. (*Arch. de biol.*, V, fasc. 4.) — Résumé du livre de Mortimer Granville sur la vibration et l'excitation nerveuses, avec expériences sur

le percuteur, par Pattee. (*Journ. of americ. med. assoc.*, 1er août.) — Deux cas de névrite traumatique avec transmission de la douleur par la voie collatérale intacte, par Tripier. (*Rev. de chir.*, oct.) — De la névrite multiple, par Löwenfeld. (In-8°, *Munich.*) — Syndrome névralgique et rhumatoïde de l'épaule et du bras, par Mathieu. (*Progrès médical*, 8 août.) — Névralgies bilatérales et dilatation de l'estomac, par Chantemesse et Lenoir. (*Arch. gén. de méd.*, juillet.) — Des synalgies ou sympathies douloureuses, par de Fromentel. (*Lyon méd.*, 25 oct.) — Pédionalgie, par Thomas. (*Dict. enc. des sc. méd.*, 2e série, t. XXII.) — Sciatique, par Hardy. (*Semaine méd.*, 11 nov.) — L'acide phénique dans le traitement de la sciatique, par Della Branca. (*La riforma med.*, 13 juin.) — De l'emploi du collodion iodoformé (1 sur 15) dans les névralgies, par Browning. (*Americ. journ. of med. sc.*, octobre.) — Du traitement de la névralgie sciatique par l'élongation non sanglante du nerf, par Laurent. (*Thèse de Lyon*, n° 269.) — Injection d'éther dans la sciatique, par Orto. (*Journ. of americ. med. assoc.*, 17 oct.) — Névrotomie de la deuxième branche de la cinquième paire, par Chavasse. (*Med. chir. transact.*, LXVII, p. 145.) — Résection et suture du nerf médian, réunion immédiate et rétablissement immédiat des fonctions du nerf, à l'exception de la sensibilité à la douleur et à la température qui se sont rétablies ultérieurement, par Surmay. (*Arch. gén. de méd.*, oct.) — De la suture des nerfs, par Rawa. (*Wiener med. Woch*, n° 11.) — Des tumeurs du type nerveux, par Bard. (*Arch. de phys.*, n° 4.)

Nerveux (Syst.). — Traité pratique des maladies du système nerveux, par Grasset. (3e édition, *Montpellier.*) — Des réflexes comme moyen auxiliaire de diagnostic dans les maladies graves du système nerveux central, par Vetter. (*Sammlung klin. Vorträge*, n° 261.) — Sur la pathologie du langage, par Bianchi. (*La riforma med.*, 18 juin.) — Etude sur certains œdèmes névropathiques, par Mathieu et Veil. (*Arch. de méd.*, juin.) — Des inhalations d'oxygène dans les maladies nerveuses, par Laschkewitsch. (*Wiener med. Woch.*, 15 août.) — De l'emploi de la strychnine dans les maladies nerveuses, par Gray. (*Americ. journ. of med. sc.*, octobre.)

Névrose. — Névrose vaso-motrice de forme rare survenue chez un enfant, par Johnston. (*Americ. journ. of obstet.*, avril.) — Passions, par Brochin. *Dict. encycl. des sc. méd.*, 2e série, t. XXI, 2e part) — Les anesthésies apparentes et les sensations retardées dans les névroses, par Revillout. (*Acad. des sc.*, 7 sept.) — La crampe des écrivains et son traitement, par Robins. (*Americ. journ. of med. sc.*, avril.)

Nez. — Traité pratique du catarrhe nasal et des maladies qui en dépendent, par B. Robinson. (2e édit., *New York.*) — Des névroses réflexes déterminées par les affections nasales, par Baratoux. (*Progrès médical*, 31 octobre.) — De certains troubles vaso-moteurs de la muqueuse nasale, par Glasgow. (*Americ. laryng. assoc.*, 24 juin.) — Difformités du nez comme facteur étiologique du catarrhe nasal, par Robertson. (*Americ. laryng. assoc.*, 25 juin.) — Observation d'anosmie due à un rétrécissement du méat inférieur par saillie du vomer, perforation, amélioration de l'odorat, par Parker. (*Med. News*, 18 juillet.) — Un cas de coryza caséeux, par Bournonville. (*Cent. f. Chir.*, 18 avril.) — Cas d'empyème du sinus frontal chez une femme de 87 ans ; opération, guérison, par Schlegtendal. (*Cent. f. Chir.*, n° 34.) — Traitement du coryza aigu, par Flint. (*N. York state med. assoc.*, 13 oct.) — L'acide chromique dans les affections du nez, de la gorge et du larynx, par Rethi. (*Wien. med. Presse*, n° 14.) —

Des cautérisations à l'acide chromique dans les fosses nasales, par M. Bresgen. (*Revue mens. de laryngol.*, 1er oct.) — Epilepsie guérie par l'extraction des polypes du nez, par Fincke. (*Deutsche med. Woch.*, nº 4.) — Polype fibreux naso-pharyngien. Opération. Guérison, par Weinlechner. (*Soc. des méd. de Vienne*, 24 avril.) — Coupes de rhinosclérome, par Cornil. (*Soc. anat.*, 13 fév.) — Des kystes à épithélium cilié de la cavité naso-pharyngée, par Zahn. (*Deut. Zeit. f. Chir.*, XXII, p. 392.) — Végétations adénoïdes de la cavité naso-pharyngienne, par Cardone. (*Archiv. ital. di laringol.*, V, fasc. 1.) — Mélano-sarcome du nez traité par les cautérisations au galvano-cautère, par Lincoln. (*Americ. laryng. assoc.*, 25 juin.)

O

Obésité. — Quelques propositions sur l'obésité et son traitement, par H. Mollière. (*Lyon méd.* 25 octobre.) — La cure d'émaciation à Marienbad, par Von Basch. (*Vienne.*) — L'obésité et son traitement, par Schleicher. (*Annales de la Société de médecine d'Anvers*, août.) — De l'obésité, par Kisch. (*Wien. méd. Presse*, nº 9.) — Des dangers de l'obésité, par Kisch. (*Zeitschr. f. Heilk.*, Bd. VI, Hft I, p. 27.)

Occlusion intestinale. — Obstruction intestinale chez l'enfant, par Tyler. (*Americ. Journ. of Obstet.*, mai.) — Vomissements fécaloïdes sans obstruction mécanique de l'intestin, *ileus paralyticus*, par Kidd. (*Saint-Barthol., hosp. Rep.*, XX, p. 189.) — De l'invagination intestinale et de son traitement au moyen de liquides gazogènes, par Leroux. (*Assoc. française; Congrès de Blois.*) — Du massage profond de l'abdomen dans l'occlusion intestinale, par Kriviakin. (*Proceed. of Caucasian med. Soc.*, nº 14, 1884.)

Œil. — Relations entre les troubles et les affections de l'organe visuel et les affections générales ou organiques, par G. Jacobson. (*Leipzig.*) — Atlas d'ophtalmoscopie, par Rich. Liebreich. (3e édition, *Berlin.*) — Traité d'oculistique, par C. Schweigger (5e édition, *Berlin.*)— Des rapports de l'ophtalmologie avec les autres branches de la médecine, par C. Schweigger. (*Berlin.*) — Faits de la seconde clinique ophtalmologique de Vienne, par V. Reuss. (*Wien. med. Presse*, nº 22.) — Note sur la technique microscopique de l'œil, par Warlomont. (*Ann. d'oculist.*, t. XCIII, p. 302). — Microphtalmie congénitale, par V. Reuss. (*Soc. de méd. de Vienne*, 27 mars.) — La mesure de la réfraction par la portée de l'ombre ou la rétinoscopie, par Jackson. (*Americ. Journal of med. sc.*, avril.) — Peut-on, à l'aide du miroir ophtalmoscopique et sans verres correcteurs, déterminer avec une exactitude suffisante, la réfraction statique de l'œil, par Lassalle. (*Lyon méd.*, 16 août.) — Détermination des erreurs de réfraction par les images doubles et la parallaxe, par Murrell. (*Journ. of Americ. med. Asso.*, 12 sept.) — La réfraction de l'œil; étude critique des statistiques obtenues par l'examen de la réfraction, spécialement chez les écoliers. — Bibliographie importante, par Randall. (*Americ. Journ. of med. sc.*, juillet.) — Nouvel ophtalmoscope pour déjouer la simulation de l'amblyopie et la cécité monoculaires, par Bertin-Sans. (*Ann. d'hyg.*, octobre.) — Pince-nez pour verres cylindriques, par Motais. (*Annales d'oculist.*, t. XXVIII, p. 248. *Revue générale d'ophtalmologie*, t. IV, nº 6, p. 253.) — Études d'ophtalmométrie clinique, par Martin. (*Ann. d'oculist.*, t. XVIII, p. 223.) — Nou-

veau procédé de vérification des verres cylindriques, par IMBERT. (*Ann. d'oculist.*, t. XCIII, p. 243. — Contribution à l'étude des images entoptiques, par DEEREN. (*Recueil d'ophtal.*, n° 5, p. 282.) — Verres cylindriques pour mesurer l'astigmatisme, par DENNETT. (*Med. News. Amer. opthal. soc.*, 15-16 juillet.) — Quelques modifications à l'ophtalmoscope, par RANDALL. (*Med. News*, 17 oct.) — Des divers procédés de vérification des verres de lunettes, par LAYRÉ-DUFAUD. (*Thèse Montpellier*, n° 59.) — Recherches sur l'hypermétropie, par GIRAUD-TEULON. (*Bullet. de l'Ac. de méd.*, t. XIV, n° 40.) — Causes et prévention de la cécité, mémoire couronné, par FUSCH, traduction par FIEUZAL. (In-8°, *Paris.*) — Cécité simulée, par AGNEW. (*Med. News. Amer. ophthalm. soc.*, 15 et 16 juillet.) — Nouvelles leçons sur les paralysies des muscles de l'œil, par PANAS. (*Union médicale*, 19 septembre.) — La ténotomie de l'oblique inférieur, par LANDOLT. (*Arch. d'ophtalm.*, sept.-oct.) — Études cliniques sur la pupille, par SCHMEITER. (*Wiener med. Woch*, 2 octobre.) — Suture de la sclérotique de l'œil gauche, par TRONCHET. (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 23 août.) — Observation d'exophtalmie unilatérale transitoire avec conservation des fonctions et des mouvements oculaires et coexistence d'exophtalmie ou rétrocession du globe, par SATTLER. (*Americ. journ. of med. sc.*, avril.) — Étiologie et traitement de l'ophtalmie des nouveau-nés, par FRANCKE. (*Soc. médic. de Hambourg*, 10 juin 1884.) — Arthrite du coude dans le cours d'une ophtalmie purulente, par DEBIERRE. (*Rev. gén. d'ophtalm.*, IV, n° 7, p. 99. — Ophtalmie contagieuse dans les asiles et les écoles, par RICHARD DERBY. (*Med. Record.*, 13 juin.) — Du traitement prophylactique de l'ophtalmie des nouveau-nés, par WALTER P. MANTON. (*Boston med. and surg. Journ.*, 13 août.) — Encore le jequirity, par LOPPEZ. (*Revue clinique d'oculistique*, n° 6, p. 137.) — Emploi des applications chaudes prolongées dans le traitement de l'ophtalmie sympathique, par CAUDRON. (*Revue générale d'ophtalmologie*, t. IV, n° 7, p. 289.) — Ophtalmie sympathique avec transformation osseuse et calcaire, par TIFFANY. (*Journ. of American med. Assoc.*, 8 août.) — Essai sur l'atrophie du globe oculaire, par GAYET et MASSON. (*Arch. d'ophtalm.*, mars-avril.) — Amaurose après l'accouchement par ischémie rétinienne, par KÖNIGSTEIN. (*Wien. med. Presse*, n° 19.) — Contribution à l'étude clinique des affections rétro-bulbaires du nerf optique, par BURNETT. (*Amer. Journ. of ophthal.*, II, n°s 3, 4, p. 62). — Un cas intéressant de névrite rétro-bulbaire, par RAMPOLDI. (*Annali di ottalmol.*, XIV, p. 202.) — Deux cas d'hémianopsie temporale unilatérale, par STEDMAN-BULL. (*New York med. Journ.*, 8 août.) — Contribution à l'hémianopsie d'origine centrale, par SEGUIN. (*New York neurol soc.*, 6 octobre.) — De l'atrophie périphérique du nerf optique, par E. FUCHS. (*Arch. f. Ophth.*. XXXI, *I. Abth.*) — Cécité par la lumière solaire, par SINCLAIR. (*Journ. of Americ. med. Assoc.*, 31 octobre.) — Deux cas d'érythropsie, par VAN DUYSE. (*Revue générale d'ophtalmologie.*) — Observations de synchisis étincelant, par FERRET. (*Bull. de la clin. nat. ophtalm.*, III, 2, p. 120.) — De l'amblyopie nicotinique, par RAMPOLDI. (*Annali di ottalmol.*, XIV, p. 113.) — Exentération du globe de l'œil, par GRAEFE, traduit par ROGMAN. (*Ann. d'oculist.*, t. XCXIII, p. 250.) — Un cas d'énucléation avec remplacement du globe oculaire, par un œil de lapin (succès), par H. W. BRADFORD. (*Boston med. and surg. Journ.*, 17 septembre.) — L'énucléation du globe oculaire avec lavages antiseptiques, suture et drainage, par BELTREMIEUX. (*Arch. d'ophtalmologie, n°* 4, p. 363.) — De l'exentération oculaire substituée à l'énucléation, par MICHEL. (*Med. news*, 18 juillet). — Quelques cas de plaies de l'œil, par COLLYNS (*St-Barthol., hosp. Rep.*, p. 149.) — Sur la pathogénie des dermoïdes de l'œil, par TILLAUX. (*Union médicale*, 30 juillet.) — Sur un cas de sarcome vasculaire de

l'œil humain, par Addario. (*Annal. di ottalmol.*, XIV, p. 135.) — Le bain et la douche électriques appliqués aux yeux, par Francesco Denti. (*Bollettino d'oculist. Anno* VII, nº 10 *bis*, 11, p. 266.) — Sur l'iodoforme dans la thérapeutique oculaire, par Cicardi. (*Annali di ottalmol.*, XIV, p. 189.) — La douche électrique dans la thérapeutique oculaire, par Purd Long. (*Bolletino d'oculistica*, VII, p. 206.)

Œsophage. — Poche diverticulaire de l'œsophage, par R. Neukirch. (*D. Arch. f. klin. Med.* XXXVI, Heft 1, 2). — Du rétrécissement primitif de l'œsophage, par Debove. (*Soc. médic. des hôpitaux*, 21 octobre.) — Rétrécissement de l'œsophage; œsophagotomie interne, par Sands. (*N.-York surg. soc.*), 27 octobre.) — Du cancer de l'œsophage et du rétrécissement qu'il détermine, par d'Emmerez de Charmoy. (*Thèse de Paris*, 28 octobre.) — Cancer de l'œsophage, par Rolland. (*Bull. de la Soc. d'anat. et phys. de Bordeaux*, 9 juin.) — Traitement du rétrécissement cancéreux de l'œsophage par des cathéters (railway catheters) et des tubes de caoutchouc souple, par Berry. (*Saint-Bartholom., hosp. Rep.*, XX, p. 45.)

Œuf. — Nouvelles recherches concernant l'influence des secousses sur le germe de l'œuf de la poule, pendant la période qui sépare la ponte de la mise en incubation, par Dareste. (*Acad. des sc.*, 26 octobre.)

Orbite. — Cellulite de l'orbite, par Critchett. *Med. Times*, p. 584, 24 octobre. — Sarcome mélanique de l'orbite, par Buller. (*Med. News; Amer. ophtal., soc.*, 15-16 juillet.) — Tumeur kystique osseuse de l'orbite causée par l'introduction d'un corps étranger, par Fryet. (*Med. News; Amer. ophtalm. soc.*, 15 juillet.) — Contribution à l'anatomie pathologique des kystes de l'orbite, par Pfalz. (*Klin. Monatsbl. f. Augenheilk*, juin.)

Oreille. — Nomenclature des maladies de l'oreille, par S. Sexton. (*New York med. Journ.*, 29 août.) — Comptes rendus et mémoires du 3ᵉ congrès international d'otologie. Bâle (1884), par MM. Burckhard-Merian. (*Bâle.*) — Manuel d'otiatrie, par Wilhelm Kirchner. (*Brunswick.*) — Traité des affections chirurgicales de l'oreille, par Herm. Schwartze. (*Stuttgart.*) — Leçons sur les maladies de l'oreille, par Dalby. (3ᵉ édit., *Londres.*) — Compendium des maladies de l'oreille, par Sarron. (*In*-8º, *Leipzig.*) — Méat auditif externe de l'enfant, par Symington. (*Journ. of. anat. and physiol.*, vol. XIX, avril.) — Les bains de mer cause de maladies d'oreilles, par Bobone. (*Gaz. degli Ospit.*, 19 juillet.) — Des affections de l'appareil auditif dans la leucémie, par Blau. (*Zeit. f. klin. Med.*, X, 1 et 2.) — Vertiges auriculaires par secousse du tympan dans l'action de se moucher, par Bouchut. (*Paris méd.*, 1ᵉʳ août.) — Observation de relâchement du tympan, guérison de la surdité totale pour la parole au moyen de la boulette d'ouate, par Gellé. (*Rev. mens. de laryngol.*, 1ᵉʳ novembre.) — Inflammation du tympan, par Sexton. (*Americ. Journ. of med. sc.*, oct.) De l'emploi de l'ozonéine dans le traitement de l'otorrhée chronique, par E. Ménière. (*Ann. des mal. de l'or.*, juillet.) — Quelques observations de lésions de l'apophyse mastoïde secondaires aux maladies chroniques de la caisse, par Cozzolino. (*La Riforma med.*, 27 juin.) — Hernie de la muqueuse de la caisse à travers la membrane du tympan dans quelques cas d'otite moyenne chronique suppurée, par Burnett. (*Med. News*, 24 oct.) — Nécrose des deux apophyses mastoïdes, par Erskine. (*Glasgow med. Journ.*, juin, p. 426.) — Deux cas de trépanation de l'apophyse mastoïde pour une suppuration de l'oreille moyenne, par Strawbridge. (*Med. News*, 17 oct.) — Des rapports qui existent entre l'otite catarrhale moyenne chronique et la rhinite chronique, par Burnett. (*Med. News*, 25 juillet.) — Deux

observations d'otite négligée chez l'enfant, suivie de mort, par SEXTON. (*New York med. Journ.*, 10 oct.) — Traitement de l'otite moyenne suppurée avec perforation, par GIANPETRO. (*Gaz. degli Ospit.*, 24 juin.) — Carie du rocher; phlébite du sinus latéral, suivie d'infarctus gangréneux des poumons, sans méningo-encéphalite concomitante, par HARTMANN. (*Soc. anat.*, 21 nov. 1884.) — Traitement des maladies de l'oreille, par la sonde de LUCAE. (*Wien. med. Presse*, n° 6.) — Cloison membraneuse dans les deux conduits auditifs externes, par ERSKINE. (*Glasgow med. Journ.*, juin, p. 424.) — Un cas de syphilides papulo-érosives hypertrophiques des conduits auditifs externes, par NOQUET. (*Bulletin médical du Nord*, sept.) — Contribution à l'étude de l'othématome, par DURAND PESCHAUD. (*Thèse Montpellier*, n° 56.) — Polypes de l'oreille, par CUMBERLAND. (*St-Barthol. hosp. Rep.* XX, p. 101.) — Sur un cas d'exostose du conduit auditif, par JACQUEMART. (*Rev. mens. de laryngol.*, sept.)

Oreillon. — De la contagiosité et du contage des oreillons, par OLLIVIER. (*Rev. des mal. de l'enfance*, juillet.) — Note sur l'albuminurie et les oreillons, par RENARD. (*Arch. de méd. milit.*, 1er sept.) — Les déterminations de la fièvre ourlienne sur l'appareil auditif, par ELOY. (*Union médicale*, 25 juillet.) — Oreillons, convulsions, mort, par MICHALSKI. (*Union médicale*, 25 août.) — Des lésions des divers organes et appareils dans les oreillons, par LONGUET. (*Union médic.*, 21 juillet.)

Organismes inférieurs. — Influence de la lumière du soleil sur la vitalité des micrococcus, par DUCLAUX. (*Acad. des sciences*, 3 août.) — Les microbes pathogènes, par ARTIGALAS. (T. Ier, 1er fasc., Bordeaux.) — Mycologie pathologique; recherches sur l'étiologie des maladies infectieuses, par WOODHEAD et HARE. (In-8°, Londres.) — Du sort des parasites pathogènes dans l'organisme, par RIBBERT. (*Deutsche med. Woch.*, n° 31). — La physiologie des microbes, par LAHOUSSE. (*Annales de la société de médecine d'Anvers*, sept.) — L'influence des milieux sur les microbes pathogènes, par HÉRICOURT. (*Rev. scient.*, 24 oct.) — Des organismes microscopiques pathogènes, par JAKOWSKI. (*Gaz. lekarsk*, n° 18.) — Les microbes et les maladies contagieuses, par TROUESSART. (*Rev. scient.*, 26 sept.) — Propriétés zymotiques de certains virus, par ARLOING. (*Acad. des sc.*, 26 octobre.) — — L'atténuation des virus, par CHAUVEAU. (*Rev. scientifique*, 14 nov.) — Le rôle des bactéries dans la parturition, par O. MARCY. (*Journ. of americ. med. Assoc.*), 12 sept.) — Étude des microorganismes dans la suppuration, par KLEMPERER. (*Zeit. f. klin. Med.* X, 1 et 2.) — Le bacille virgule et sa culture en excavation dans un cas de broncho-pneumonie, par LOBER. (*Bulletin médical du Nord*, juillet.) — Du pneumococcus de Friedländer; rectification dans le 2e mémoire, par G. STERNBERG. (*Americ Journ. of med. sc.*, juillet et oct.) — Du contage de la péripneumonie bovine, par LUSTIG. (*Centrabl. f. die med. Wiss*, n° 12.)

Os. — Régénération du tissu osseux, par BONOME. (*Arch. per le sc. medic.*, IX, 2.) — Étiologie de certaines périostites, périostomyélites et ostéomyélites; influence du rhumatisme dans les affections osseuses, par LEGENDRE. (*Arch. de méd.*, juillet.) — De l'ostéomyélite aiguë spontanée ou infectieuse, par LANG et POST. (*N. York surg. soc.* 12 mai.) — Note sur deux cas d'ostéomyélite infectieuse à marche foudroyante, par LAURE. (*Lyon médic.* 8 nov.) — Culture du microbe de l'ostéomyélite, par BIGGS. (*New York. county med. Assoc.*, 19 oct.) — Le microbe de l'ostéomyélite aiguë, par JABOULAY. (*Thèse de Lyon*, n° 267.) — De l'ostéomyélite insidieuse, par RECLUS. (*Gaz. hebdomad.*, 23 oct.) — Nécrose centrale du calcanéum, par TILLAUX. (*Gaz. des hôpitaux*, 6 oct.) — Ostéite raréfiante, ostéite à

répétition, par Richet. (*Gaz. des hôpitaux*, 19 nov.) — Lésions osseuses, évidement de l'humérus; amputation du bras, par Richet. (*Gaz. des hôp.*, 1er sept.) — Exostose épiphysaire de l'extrémité inférieure de l'humérus, par Willigens. (*Arch. méd. milit.*, p. 360, 1er nov.) — Sarcome de l'extrémité supérieure du fémur, désarticulation de la hanche, par Hamonic. (*Soc. anat.*, 6 fév.) — Sarcome des vertèbres, du sacrum, de l'os iliaque et du sternum, par Jones. (*St-Barthol. hosp. Rep.* XX, p. 225.) — Résultats de cent cas d'ostéotomie (47 pour genu valgum, 2 genu varum, 4 courbures du tibia, 9 ankyloses), par A. Willett. (*Saint-Barthol. hosp. Rep.* XX, p. 459.) — Un cas d'ostéomalacie, par Cantieri. (*Riv. clin. di Bologna*, sept.)

Ovaire. — De l'ovarite, par Dalché de Desplanels. (*Thèse de Paris*, 5 déc.) — Des tumeurs ovariennes compliquant la grossesse et l'accouchement, par Paul Fetscherin. (*Thèse inaugurale, Berne.*) — Ovariotomie pendant la grossesse, par Britan. (*Vrastch*, n° 1.) — De l'inflammation de la glande parotide après l'ovariotomie, par Mativeef. (*Ann. de gynéc.*, août.) — Deux ovariotomies chez la même malade (à 4 ans d'intervalle), par Ransohoff. (*Med. News*, 1er août.) — Quatre cas d'opération de Tait, par Hyde. (*New York med. Journ.*, 17 oct.) — Kyste ovarique pesant 116 livres; ablation, guérison, par Relly. (*Americ. Journ. of obstet.*, août.) — Ablation de deux ovaires comme traitement de certains myomes de l'utérus, par Terrillon. (*Gaz. méd. de Paris*, 10 oct.) — De l'ablation des ovaires dans le traitement des fibromyomes utérins et des ménorragies incoercibles, par Duplay. (*Arch. de méd.*, juillet.) — Sur l'ablation des kystes du parovarium par la laparotomie, par Polaillon. (*Union médicale*, 30 août.) — Extirpation d'un kyste du parovarium, guérison, par Montgomery. (*Americ. Journ. of Obst.*, mars.) — Extirpation d'un cysto-sarcome de l'ovaire avec énorme épanchement ascitique, par Harsha. (*Americ. Journ. of Obstet.*, août.) — Extirpation d'un kyste dermoïde pesant 24 livres, guérison, par Boerstler. (*Americ. Journ. of Obst.*, fév.)

P

Palais. — Deux luettes sur le même sujet, par Shufeldt. (*N. York med. journ.*, 27 juin.) — Du polype papillomateux du voile du palais, par Courtade. (*Thèse de Paris*, 5 déc.)

Pancréas. — Note sur les propriétés émulsives du suc pancréatique comparativement à celles de la bile, par Robin. (*Journ. de l'anat.*, sept.) — Pancréatite aiguë passée à l'état chronique, par Sourcouille. (*Gaz. des hôp.*, 26 nov.)

Pansement. — Pièces à pansements antiseptiques, par Bedoin. (*Soc. de méd. publ.*, 22 juillet.) — Mode d'action du sous-nitrate de bismuth dans le pansement des plaies, par Gosselin et Héret. (*Acad. des Sciences*, 7 sept.) — Quelques mots de physiologie pathologique à propos des innovations récentes dans les pansements antiseptiques, par L. Gosselin. (*Arch. gén. de méd.*, avril et mai.) — Tripoli à la place du gypse, par G. Fischer. (*Deut. Zeit. f. Chir.*, XXII, p. 419.) — Contribution à l'étude des pansements

absorbants (sphagnum ou feutre végétal, par Anselme. (*Thèse Montpellier*, n° 58.) — Modification à la suture continue, par Zesas. (*Cent. f. Chir.*, n° 39.)

Pathologie. — Traité de pathologie interne, par Strumpell, traduit par Schramme. (2 vol. in-8°, *Paris.*) — Études de clinique médicale (obs. diverses, par de Renzi. (*Giorn. int. delle sc. med.*, VII, n°s 9 et 10.) — Notes de la clinique chirurgicale de Tokio (Japon), par Scriba. Etiologie de la myosite aiguë. Etiologie et traitement des anévrismes. (*Deut. Zeit. f. klin. Chir.*, XXII, 5 et 6.)

Paralysie. — Paralysie faciale chez l'enfant consécutive à l'emploi du forceps, par Parvin. (*Med. News*, p. 389, 3 oct.)—Note sur deux cas de paralysie transitoire de la moitié inférieure droite de l'orbiculaire labial, consécutive à l'extirpation de ganglions, par Pollosson. (*Gaz. des hôp.*, 17 oct.) — Paralysie de la motilité d'un côté et de la sensibilité de l'autre, par H. Picard. (*Encéphale*, 1884, p. 326.)— Un cas de paralysie pseudo-hypertrophique, par Seymour J. Sharkey. (*Med. Times and Gaz.*, 16 mai.) — Des différentes formes de paralysies qu'on observe chez les jeunes enfants, par Sinkler. (*Obstet. Soc. of Philadelphia*, oct.) — Un cas de paralysie des membres inférieurs avec hypertrophie de la peau, du tissu sous cutané et des muscles distincte, d'après l'auteur de la paralysie pseudo-hypertrophique, par John K. Mitthell. (*Americ. journ. of med. sc.*, juillet.) — Des paralysies radiculaires du plexus brachial, par Klumpke. (*Rev. de méd.*, juillet.) — Sémiologie de l'hémiplégie, par Leloir. (*Bulletin médical du Nord*, août.) — Notes sur les périodes tardives de l'hémiplégie, par Ormerod. (*St-Bartholom. hosp. Rep.*, XX, p. 24.) — Observation d'un cas de maladie de Parkinson causé par l'action du froid humide longtemps prolongé, par Boucher. (*Progrès médical*, 25 juillet.) — Des difficultés que présente le diagnostic de la paralysie générale, par J. Christian. (*Annales méd. psych.*, 6e série, t. XI, p. 19, 186 et 370, et XII, p. 38.) — Crâne et cerveau d'un individu mort de paralysie générale, par Lumir. (*Bull. soc. d'anthropol.*, VIII, fasc. 2.)

Parotide. — Parotide (pathologie chirurg.), par H. Chrétien. (*Dict. encycl. des sc. méd.*, 2e série, t. XXI, 2e partie.) — Parotidite, par P. Spillmann. (*Ibid.*, 2e série, t. XXI, 2e partie.) — Des tumeurs encapsulées de la loge parotidienne, par Tillaux. (*Gaz. des hôp.*, 22 oct.)

Paupière. — Paupières (anatomie, physiologie, pathologie), par Charvot (*Dict. encycl. des sc. méd.*, 2e série, t. XXI, 2e partie.) — Étude sur le ptosis congénital, par Mitry. (*Thèse de Paris*, 26 nov.) — Du ptosis congénital, par Caudron. (*Revue générale d'ophtalmologie*, tome IV, n° 6, page 241.) — Le trichiasis et son traitement par la méthode ignée, par Matignon. (*Thèse Montpellier*, n° 8.) — Epicantus ou entropion, par Dimmer. (*Klin. Monatsbl. f. Augenheilk.*, juillet.) — Ectropion des deux paupières; blépharoplastie par la méthode italienne, par Derby-Richard. (*Med. News. Amer. ophtal. soc.*, 15-16 juillet.) — Tumeur sébacée de la paupière inférieure, par Richet. (*Recueil d'ophtalmologie*, n° 6, page 321.)

Pellagre. — Pellagre, par J. Arnould. (*Dict. enc. des sc. méd.*, 2e série, tome 22.) — Pseudo-pellagre d'origine alcoolique, par Besançon. (*Gaz. méd. de Paris*, 7 nov.)

Peau. — Peau, anatomie, par Robin et Retterer; développement, physiologie, par Masse; pathologie, par Hahn. (*Dict. enc. des sc. méd.*, 2e série, tome 22.) — Manuel des affections cutanées et sexuelles, par Edmund

Lesser. (*Leipzig.*) — Pathogénie de certaines affections cutanées, (éruptions médicamenteuses), par Tilden. (*N. York med. journ.*, p. 670, 13 juin.) — Karyokynèse des cellules de la couche de Malpighi dans quelques lésions pathologiques ou expérimentales, par Giovannini. (*Centrbl. f. die med. Wiss.*, 11 avril.) — Des savons médicinaux dans le traitement des maladies de la peau, par Shoemaker. (*N. York med. journ.*, p. 650, 6 juin.)

Pénis. — Notes sur les signes et le traitement du phimosis dans l'enfance, par Henry. (*Americ. journ. of obstet.*, avril.)

Pemphigus. — Pemphigus aigu chez l'adulte, suivi de mort au neuvième jour, par D. Duckworth. (*St-Barthol. hosp. Rep.*, XX, p. 41.)

Péricarde. — De l'épanchement péricardique, par Shore. (*St-Barthol. hosp. Rep.*, XX, p. 107.) — Péricardite végétante, par Roger-Larauza. (*Bull. de la Soc. d'anat. de Bordeaux*, 7 juillet.)

Périnée. — Notes sur l'opération de la déchirure du périnée, par Mitchell. (*New York acad. of med.*, 18 juin.) — Quelques remarques pratiques sur la rupture du périnée, par Hamilton. (*Med. News*, 4 juillet, p. 18.) — Blessure du périnée par l'accouchement ou d'autres causes ; procédé de restauration, par Skene. (*N. York med. journ.*, 25 avril.) — Traitement des contusions graves du périnée, par M. Notta. (*Gaz. méd. de Paris*, 22 août.) — Restauration du périnée, historique, indications, procédés, par Me Gaches Sarrautes. (*Arch. de tocol.*, août-sept.) — De la périnéorraphie, par Heydenreich. (*Semaine méd.*, 21 oct.) — Observation intéressante d'opération d'Emmet pour la restauration du plancher pelvien, par Baldy. (*Med. News*, 25 juillet.)

Péritoine. — De la gravité persistante du son à la percussion du foie comme preuve que la péritonite diffuse n'est pas associée à la perforation de l'estomac ou de l'intestin, par A. Flint. (*Med. News*, 4 juillet.) — De la péritonite tuberculeuse chez l'adulte, par Trabaud. (*Thèse de Lyon*, n° 265.) — Péritonite aiguë, suppurée. Ouverture spontanée à l'ombilic, guérison, par Lloyd. (*Americ. journ. of med. sc.*, octobre.)

Pharmacologie. — Note sur l'enseignement pharmaceutique actuellement en vigueur, par Moller. (*Lyon méd.*, 11 oct.) — Action de la grindelia robusta sur le cœur et la circulation, par Dobroklonsky. (*Centrbl. f. die med. Wiss.*, 9 mai.) — D'un dérivé basique de la pilocarpine dans les feuilles de jaborandi, par Harnach. (*Ibid.*, 13 juin.) — Quelques observations cliniques sur l'action de la pilocarpine, par West. (*St-Barthol. hosp. Rep.*, XX, p. 125.) — Recherches sur l'action du groupe digitale, par S. Ringer et H. Sainsbury. (*Med. Chir. Transact.*, LXVII, p. 67.) — Du sulfate de spartéine comme médicament dynamique et régulateur du cœur, par G. Sée. (*Acad. des sc.*, 23 nov.) — De l'adonis vernalis, par Traversa. (*Giorn. int. d. sc. med.*, VII, 9 et 10.) — Les propriétés physiologiques et médicamenteuses de l'hopéine, par Eloy. (*Union médicale*, 31 oct.) — De l'action somnifère du glucose du Boldo, par Juranville. (*Trib. méd.*, 4 oct.) — Sur certains points de l'action physiologique du tanguin, par Quinquaud. (*Acad. des Sciences*, 31 août.) — Etude pharmacologique de la berbérine, par Shurinoff. (*St-Petersb. Inaug. Diss.*) — Sur la formation de l'hydrogène sulfuré dans l'organisme à la suite de l'ingestion de quelques médicaments, par Rey-Pailhade. (In-8°, *Montpellier.*) — Hydrochinone, nouvel antipyrétique, par Kinnicut. (*St-Petersb. med. Woch.*, 7 sept.) — Sur l'action physiologique du sulfate de fuchsine et de la safranine, par Caze-

NEUVE et LÉPINE. (*Acad. des sc.*, 16 nov.) — Sur les propriétés hypnotiques de la phénylméthylacétone ou acétophénone, par DUJARDIN-BEAUMETZ et BARDET. (*Acad. des sciences*, 9 nov.) — Du sulfure de carbone, par GRASSET. (*Semaine méd.*, 11 nov.) — Des propriétés vésicantes de l'iodure de méthyle, par ROBERT KIRK. (*Lancet*, 24 octobre.) — De l'action physiologique des sels de rubidium, par RICHET. (*Acad. des sciences*, 5 oct.) — Action des oxydants sur l'hydrate de chloral, par COTTON. (*Lyon méd.*, 6 sept.)

Pharynx. — Réflexions sur l'étiologie des affections inflammatoires simples des voies aériennes supérieures, par JOHN MACKENZIE. (*Americ. laryngol. assoc.*, 24 juin.) — Angine chronique ou maladie folliculaire du pharynx, par SHULDHAM. (In-12, *Chicago.*) — Des adhérences cicatricielles du voile du palais aux parois du pharynx, par RICE. (*Americ. laryng. assoc.*, 25 juin.) — Observation de fistule pharyngée (non congénitale), par HARE. (*Med. News*, 14 nov.) — Deux cas de tuberculose du pharynx, par ALLKSSEJEN. (*Russ. med.*, n° 29.) — Des végétations adénoïdes de la voûte pharyngée, par BEVERLEY ROBINSON. (*N. York med. journ.*, 7 février.) — Végétations adénoïdes du pharynx nasal, par PAUL FABRE. (*Thèse Montpellier*, n° 39.) — Enorme fibrome de la base du crâne, par BOUCHER. (*Arch. ital. di laring.*, V, 1.)

Pied. — De l'équinisme du premier degré, ténotomie double du tendon d'Achille, par TILLAUX. (*Gaz. des hôp.*, 24 sept.) — Essai sur la tarsotomie, par NAUDIN. (*Thèse de Paris*, 25 nov.) — Note sur le traitement complémentaire des pieds-bots compliqués par la section sous-cutanée des ligaments du pied, par JULES GUÉRIN. (*Bullet. de l'Ac. de méd.*, XIV, n° 33.) — Les controverses dans la question du pied plat, par H. v. MEYER. (*Deutsche Zeitschrift für Chirurgie*, XXI, Heft 3 et 4, page 217.)

Plaie. — Guérison des plaies par suture complète, sans drainage, par MAYDL. (*Wien. med. Presse*, n° 7.) — Arrachement du bras et de l'omoplate, par LOUMEAU. (*Bull. de la Soc. de méd. et chir. de Bordeaux*, 9 oct.) — Traitement des blessures par balles de revolver, par RECLUS. (*Gaz. hebd.*, 11 sept.)

Plèvre. — Masses calcaires trouvées dans la cavité pleurale, par PATON. (*Glasgow med. journ.*, mai.) — Hématome pleural arthritique, par DUGUET. (*Gaz. des hôp.*, 4 août.) — Respiration bronchique comme signe d'épanchement pleurétique, par GARLAND. (*N. York med. journ.*, 4 juillet.) — Relevé de neuf cas d'épanchement pleurétique, par PORCHER. (*Americ. journ. of med. sc.*, juillet.) — Epanchement pleurétique, par POTAIN. (*Gaz. des hôp.*, 10 nov.) — Vergetures multiples du thorax et des membres dans un cas de pleurésie tuberculeuse, par TROSSAT. (*Lyon méd.*, 28 juin.) — Pleurésie hémorragique tuberculeuse avec purpura hémorragique, par NOTHNAGEL. (*Med. News*, 1er août.) — Diagnostic et traitement des épanchements pleurétiques, par D. W. FINLAY. (*Lancet*, 26 septembre.) — De la thoracentèse pour l'empyème, par BLUMBERG. (*Deut. Zeit. f. klin. Chir.* XXII, 5 et 6.) — Contribution à l'étude du traitement de la pleurésie purulente par la pleurotomie, par VINCENT. (*Broch.*, *Alger.*) — De la résection costale dans la pleurésie, par DUCROT. (*Thèse de Lyon*, n° 291.) — Opération de Létiévant, résection de 4 côtes, guérison, par AUGAGNEUR. (*Lyon méd.*, p. 569, 23 août.) — Eclampsie pleurale, par DESPLATS. (*Semaine méd.*, 23 sept.)

Poumon. — Anomalies des lobes du poumon chez l'homme, par C. MAYLARD. (*Journ. of anat. and phys.*, vol. XX, oct.) — Le pneumococcus de

Friedländer, par Sternberg (*Americ. journ. of med. sc.*, juillet.) — Faits nouveaux à propos de la théorie infectieuse de la pneumonie, par Massalongo. (*Arch. de méd.*, juin.) — De l'hémorragie bronchique comme cause d'affection pulmonaire, par Sigrist. (*St-Petersb. inaug. Diss.*, 1884.) — De la pneumonie migratrice, par Brieger. (*Charité-Annal.*, X *Jahrg*, p. 158.) — Observation de pneumonie massive, par Gripat. (*Bulletin de de la Société de médecine d'Angers*, 1er semestre.) — Sur un cas de pneumonie gauche avec éruption considérable d'herpès non critique sur la face, par Féris. (*Progrès médical*, 5 sept.) — Note sur un cas de pneumonie franche aiguë du côté gauche avec herpès de la lèvre supérieure de l'oreille droite et du côté droit du cou. (*Ingrassia* I, n° 3.) — Observation de pneumonie érysipélateuse, par Lagout. (*Société des sciences méd. de Gannat.*) — Etude clinique des fluxions de poitrine de nature catarrhale, par Laval. (*Thèse Montpellier*, n° 24.) — Note sur quelques particularités de la pneumonie, par P. Hart. (*Journ. of americ. med. assoc.*, 10 oct.) — Des complications articulaires de la pneumonie fibrineuse, par Maragliano. (*La Riforma med.*, 9 sept.)— Pneumokoniose, par Peterson. (*Med. News*, 1er août.) — Anatomie pathologique des broncho-pneumonies, par Cornil. (*Semaine méd.*, 26 août.) — Gangrène pulmonaire, par Mosher. (*N. York med. journ.*, 29 août.) — Gangrène du poumon; créosote, chlorure de chaux, humage d'acide phénique; guérison, par Lemaistre. (*Journ. de la Soc. de méd.*, *Limoges*, juin.) — Fistule cervico-pulmonaire consécutive à un traumatisme, mettant en communication la partie droite du cou avec une caverne du poumon gauche, par Morin. (*Soc. anat.*, 21 nov. 1884.) — De la nature épidémique et contagieuse de la pneumonie franche et de son traitement par les bains froids, par Chaumier. (*Assoc. française; Congrès de Blois.*) — Nature et traitement de la pneumonie fibrineuse, par Lachapelle. (*Thèse Montpellier*, n° 50.) — Traitement de la pneumonie par les doses massives de digitale, par Petresen. (*Progrès médical*, 15 avril.) — Sur le traitement local de la pneumonie fibrineuse par les injections intra-parenchymateuses, par Lépine. (*Acad. des sciences*, 10 août.) — Etiologie et traitement des affections pulmonaires chroniques, cure de Gleichenberg, par Ziffer. (*Wien. med. Presse*, n° 26.) — Thérapeutique des voies respiratoires, par James. (In-8°, *Londres.*)

Prostate. — Ischurie complète et permanente par hypertrophie prostatique; cautérisation thermo-galvanique, guérison, par Bottini. (*Gazz. d'Ospedali*, n° 12.) — Des avantages de l'incision périnéale dans le traitement des suppurations prostatiques et périprostatiques, par P. Segond. (*Soc. de chir.*, 22 juillet.)

Psoriasis. — Notes cliniques sur le psoriasis d'après 394 cas, par Greenough. (*Americ. dermat. assoc.*, 26 août.) — Du psoriasis buccal, par P. Rénard. (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 4 octobre.) — Traitement du psoriasis par l'acide pyrogallique et le collodion, par Elliot. (*N. York med. journ.*, 5 sept.)

Psychose. — La nature de l'esprit et l'automatisme humain, par Morton Prince. (In-8°, *Philadelphie.*) — Contribution à l'étude de l'agoraphobie (peur des espaces) et d'autres formes de névroses émotives, par Gros. (*Annales méd. psych.*, 7e série, I, p. 394.) — L'agoraphobie, par Rubino. (*La riforma med.*, 16 mai.) — De l'onomatomanie. (*Gaz. des hôp.*, 24 oct.)

Ptomaïnes.—Cristaux inorganiques de la putréfaction, par Tamassia. (*Rivista sper. di fren. e di med. leg.*, fasc. IV.) — Des ptomaïnes, leur histoire chimique, leur préparation, leur côté physiologique et pathologique, par

Baillon. (*Arch. de méd. milit.*, 1er sept.) — Des ptomaïnes et de leurs rapports avec la septicémie, par Hauser. (In-8°, *Leipzig.*) — Le nouveau procédé de Spina pour la coloration des microorganismes de la putréfaction, par Obrzut. (*Deutsche med. Woch*, n° 12.)

Puerpéral (État). — Des affections puerpérales, leçons de Meola. (*La Riforma med.*, 10 sept.) — Erysipèle de la face chez le mari. Guérison. Septicémie puerpérale chez la femme; mort, par Guichard (*Bulletin de la Société de médecine d'Angers*, 1er semestre.) — Deux cas d'infection puerpérale traités avec succès par les injections intra-utérines de sublimé, par Dumas. (*Ann. de gyn.*, juin.) — Prophylaxie de la fièvre puerpérale; généralités sur les symptômes et la nature des maladies, suites de couches, emploi des antiseptiques dans les accouchements, par N. Charlet. (In-16, *Bruxelles.*) — Observation de manie puerpérale avec remarques, par Fraser. (*Glasgow med. journ.*, nov.)

Purpura. — Un nouveau cas de purpura simple, par Potain. (*Gaz. des hôp.*, 27 oct.)

Pyohémie. — Recherches étiologiques sur une forme de pyohémie humaine; des rapports avec l'érysipèle, par de Simone. (*Giorn. int. delle sc. med.*, VII, 9 et 10.)

Rachis. — Deux cas de fracture du rachis avec guérison, par Strawbridge. (*Med. News*, 10 oct.) — Traitement direct (incision) de l'abcès du psoas avec carie du rachis, par Treves. (*Med. chir. transact.*, LXVII, p. 113.) — Du traitement de la scoliose, par Walsham. (*St.-Barthol. hosp. Rep.*, XX, p. 195.) — Traitement des déviations et incurvations vertébrales par le corset de Sayre, par Nebel. (*Deutsche med. Woch.*, n° 6.) — Traitement de la scoliose, par Dornblüth. (*Jahrb. f. Kinderheilk.*, XXIII, Heft 3.) — Trois formes de difformités rachidiennes, par A. Lane. (*Med. chir. transact.*, LXVII, p. 233.) — Tumeur congénitale de la région sacrée, par Philipps. (*Med. Times*, p. 501, 10 oct.) — Tumeur sacro-coccygienne congénitale, par Renault. (*Soc. anat.*, 21 nov. 1884.)

Rachitisme. — Du rachitisme, par Read (*N. York med. journ.*, 29 août.) — Histoire du premier traité du rachitisme, par Moore. (*St-Barthol. hosp. Rep.*, XX, p. 71.) — De la densité des os rachitiques, par Giraud. (*Lyon méd.*, 11 oct.) — Sur le traitement du rachitisme par le phosphore, par W. Meyer. (*Inaug. Diss.*, *Kiel.*)

Rage. — Cas de rage. Les accidents débutent 23 jours après la morsure, par H.-E. Richardson. (*Lancet*, 26 sept.) — Un cas de rage, par Sax. (*Wien. med. Presse*, n° 28.) — Méthode pour prévenir la rage après morsure, par Pasteur. (*Acad. des sc.*, 26 oct.) — La guérison de la rage, par Loye. (*Progrès méd.*, 31 oct.) — Un cas de rage, emploi de la cocaïne dans cette maladie, par Feder. (*Wiener med. Woch.*, 3 oct.)

Rate. — Déplacements de la rate hypertrophiée, par Soulez. (*Assoc. française; Congrès de Blois.*) — Rupture de la rate, causée par un phlébolithe; mort, par Darnall. (*Journ. of americ. med. assoc.*, 22 août.)

Rectum. — Cancer du rectum avec production secondaire dans l'estomac, par Howard. (*Med. News*, 4 juillet, p. 25.)

Réflexe. — Observations sur les réflexes cutanés et profonds, par Knapp. (*Americ. journ. of med. sc.*, avril.)

Rein. — Traité pratique des maladies des reins, par Ralfe. (In-8°, *Londres.*) — Des effets de l'oblitération partielle ou totale de la veine rénale, par Singer. (*Zeitschr. f. Heilk.*, Bd. VI, p. 143.) — Sur la cystite et la néphrite produites chez l'animal sain par l'introduction, dans l'urètre, du micrococcus urea, par Lépine et Roux. (*Acad. des sciences*, 10 août.) — Néphrite sans albuminurie, par Rubini. (*Giorn. int. delle sc. med.*, VII, n°s 9 et 10.) — Hyperinose comme cause de mort dans la néphrite parenchymateuse chronique, par Memminger. (*N. York med. Journ.*, 30 mai.) — De quelques symptômes des maladies rénales, par Purdy. (*Journ. of americ. med. assoc.*, 12 sept. — Néphrite interstitielle, hémorragie du cervelet, par Frémont. (*Soc. anat.*, 6 fév.) — Recherches sur les néphrites toxiques (aloïne, acide oxalique), par Alfred Mürset. (*Thèse inaugurale*, Leipzig.) — Du pronostic des néphrites aiguës, par Rioblanc. (*Thèse de Paris*, 5 nov.) — De la folie brightique, par Dieulafoy. (*Société méd. des hôpitaux*, 22 juillet.) — Traitement diaphorétique de la néphrite, par Hess. (*Inaug. Diss.*, *St-Petersb.*) — Traitement de la maladie de Bright, chronique, par Israel-T. Dana. (*Boston med. and surg. Journ.*, 24 sept.) — Oblitération des deux uretères par des calculs urinaires; anurie d'une durée de 23 jours; mort; autopsie, par Ernst Bischoff. (*D. Arch. f. klin. Med.*, XXXVI, Heft 1-2.) — Des reins flottants et de leur traitement, par C. Desmé. (*Thèse de Montpellier*, n° 21.) — Rein flottant, D. Hepburn. (*Journ. of anat. and physiol.*, vol. XIX, janv.) — Du rein flottant, par Wilson. (*Med. News*, 18 juillet.) — Extirpation du rein, par Hingston. — Idem, par Shepherd. (*Montreal med. chir. soc.*, 7 nov.) — De la néphrectomie, par Brenner. (*Wiener med. Woch.*, 22 août.) — Note sur la néphrectomie, par Brenner. (*Wiener med. Woch.*, 15 août.) — Un cas de maladie des capsules surrénales, par Moore. (*New York med. journ.*, 19 sept.) — De l'anatomie pathologique des capsules surrénales, par J. Dagonet. (*Zeitschr. f. Heilk.*, Bd. VI, Heft 1.

Résection. — Traité des résections et des opérations conservatrices que l'on peut pratiquer sur le système osseux, par Ollier. (Tome I, in-8°, 664 pages, *Paris.*) — Obs. de chirurgie orthopédique, résections, par Morgan Vance. (*N. York med. journ.*, 7 nov.)

Respiration. — Du centre respiratoire, par Mislawsky. (*Centralbl. für die medic. Wissensch.*, n° 27.)—Réponse à ce travail, par Gierke. (*Ibid.*, n° 34.)

Rétine. — De l'hyperesthésie centrale de la rétine, par Szokalski. (*Gaz. lek.*, n° 16.) — Réponse aux observations de M. Parinaud, à propos des fonctions des éléments rétiniens, par Charpentier. (*Acad. des sciences*, 9 nov.) — La rétinite hémorragique et les maladies du cœur, par Daguillon. (*Bulletin de la clinique nationale ophtalm.*, III, 2, pag. 123.) — Névro-rétinite, par Cheatham. (*Journ. of americ. med. assoc.*, 8 août.) — Contribution à l'étude de la rétinite pigmentaire, par R. Aucke. (*Centralbl. f. prakt. Augenheilk.*, juin.) — Un cas d'anse vasculaire de l'artère de la rétine, située en avant de la rétine, par Hirschberg. (*Ibid.* juillet.) — Du traitement de la rétinite syphilitique, par Panas. (*Union médicale*, 8 sept.)

Rhumatisme. — Les travaux sur le rhumatisme et la goutte en 1884, par Cazalis. (In-8°, *Paris.*) — Nodules de Meynet ou nodosités rhumatismales sous-cutanées, par Ballin. (*Thèse de Lyon*, 20 juin.) — Des nodosités rhuma-

tismales sous-cutanées, par Meusnier. (*Assoc. française ; Congrès de Blois.*) — Note sur un cas de rhumatisme chronique fibreux amyotrophique à type rectiligne, par Juhel-Rénoy. (*Arch. gén. de méd.*, janv.) — De l'œdème carpométacarpien rhumatismal et de sa pathogénie, par Artzrouny. (*Thèse de Paris*, 3 déc.) — Rhumatisme articulaire pendant la grossesse, par Fournier. (*Thèse de Paris*, 3 déc.) — Contribution à l'étude du rhumatisme cérébral, par Rocheblave. (*Thèse de Montpellier*, n° 41.) — Du rhumatisme cérébral; traitement par l'hydrothérapie, par Dupré. (*Thèse de Paris*, 3 déc.) — De l'extrait liquide de Manaca dans le traitement du rhumatisme, par G.-M. Garland. (*Boston med. and surg. journ.*, 23 juillet.) — Sirop d'acide hydriodique dans le rhumatisme aigu inflammatoire, par Craig. (*N. York med. journ.*, 8 août.)

Rouget. — Première étude sur le rouget du porc, par Cornevin. (In-8°, *Lyon.*)

Rougeole. — De la rougeole survenant dans la grossesse et dans l'état puerpéral, par Claverie. (*Thèse de Bordeaux.*) — Coexistence sur le même sujet de la rougeole et de la scarlatine, par Grancher. (*Gaz. des hôp.*, 6 oct.)

Rubéole. — De la rubéole, par Klaatsch. (*Zeit. f. klin. Med.*, X, 1 et 2.) — Rubéole, par Harrison. (*Americ. Journ. of obstet.*, juillet.)

S

Salivaire (App.) — Emploi des pastilles de bicarbonate de soude dans les cas d'acidité de la salive, par Galippe. (*Journ. de pharm.*, 15 sept.) — Calcul salivaire, par Demons. (*Bull. de la Soc. d'anat. de Bordeaux*, 21 juillet.)

Sang. — De l'examen du sang au point de vue du diagnostic des maladies aiguës, par Hayem. (*Assoc. française*: *Congrès de Blois.*) — Globules du sang et coagulation, par Wooldridge. (*Proceedings of the royal soc.*, XXXVIII, n° 237.) — Sur quelques assertions inexactes sur les cristaux d'hémine, par Tamassia. (*Riv. sper. di freniatria*, XI, 2 et 3.)

Sarcome. — Sarcome généralisé, par Trélat. (*Gaz. des hôp.*, 13 déc.)

Saturnisme. — De l'encéphalopathie saturnine, par W. S. Porter. (*Lancet*, 19 septembre.) — Intoxication saturnine; obstruction intestinale; vomissements fécaloïdes; guérison, par Colombe. (*Union médicale*, 24 sept.)

Scarlatine. — Obs. d'une épidémie de scarlatine propagée par le lait, par Darbishire. (*St-Barthol. hosp. Rep.*, XX, p. 93.) — De la scarlatine normale, par Hardy. (*Gaz. des hôp.*, 15 oct.) — Fièvre scarlatine compliquée de diphtérie nasale et pharyngienne; suppuration aiguë des oreilles moyennes; destruction rapide des tympans; diminution considérable de l'ouïe; paralysie faciale; abcès du sac lacrymal, etc.; guérison, par Thomas Barr. (*Lancet*, 10 octobre). — De la scarlatine chez les blessés, par A. Patin. (*Cent. f. Chir.*, n° 5.) — Notes sur le traitement de la fièvre scarlatine, par Brown. (*Americ. Journ. of Obst.*, nov.)

Sclérodermie. — Sclérodermie diffuse, par H. Handford. (*Lancet*, 26 septembre.) — Un cas de sclérodermie de l'adulte, par Bulan. *Soc. méd. de Hambourg*, 13 mai 1884.)

Scrofule. — Étiologie et prophylaxie de la scrofule dans la première enfance, par J. Comby. (*Arch. gén. de méd.*, oct.)

Sommeil. — De l'insomnie et des autres troubles du sommeil, par Lyman. (In-8°, *Chicago*).— Sommeil pathologique pendant 7 mois, puis 15 mois consécutifs, par Sémelaigne. (*Gaz. des hôp.*, 26 sept.) — État de la pression sanguine et de la circulation cérébrale pendant le sommeil par la boldoglucine. Contribution à la physiologie du sommeil, par E. Gley. (*Comptes rendus de la Société de Biol.*, 1er août.) — Du sommeil et des médicaments hypnotiques proprement dits, par Pineau. (*Thèse de Paris*, 30 nov.)

Sperme. — Le seigle ergoté dans la spermatorrée, par Demartini. (*La riforma med.*, 16 juin.)

Strabisme. — Le traitement du strabisme interne, par Seely. (*Americ. Opht. Soc.*, 15 juillet.) — Un cas de strabisme interne d'un degré ayant nécessité la section des deux muscles droits internes, par Harlan. (*Med. bulletin*, VII, p. 181.) — Deux cas de pénétration du globe par les ciseaux dans le cours d'une opération de strabisme, par Derby. (*Med. News. Amer. opht. soc.*, 15, 16 juillet.) — Deux cas de pénétration du globe par les ciseaux dans l'opération du strabisme, par Derby. (*Americ. opht. Soc.*, 15 juillet.)

Sueur. — Deux cas de dysidrose, par Fox. (*Americ. dermat. Assoc.*, 27 août.)

Surdi-mutité. — Sur un phénomène héréditaire chez les sourds-muets, par Drouault. (*Bull. Soc. d'anthrop.*, VIII, fasc. 2.)

Syphilis. — Notes avec obs. sur certains points en discussion de syphilologie, par Keyes. (*N. York med. journ.*, 25 avril.) — Leçons sur la syphilis, par Leloir. (*Progrès médical*, 19 septembre.) — Leçons sur la symptomatologie et le traitement de la syphilis, par Eduard Lang. (*Wiesbaden.*)—Note sur une manifestation précoce de la syphilis, par Ferret. (*Bull. de la clin. nat. d'ophtalm.*, III, 2, p. 107.) — La vaccination antisyphilitique, ses moyens, ses sujets, par P. Diday. (*Lyon méd.*, 29 nov.) — De la syphilis héréditaire tardive, par von Zeissl. (*Vienne.*) — Réinfection syphilitique, par Taylor. (*Americ. dermat. Assoc.*, 26 août.) — De l'inoculation des chancres vénériens, par H. de Méric. (*Med. Times and. Gaz.*, 5 septembre.) De l'éradication de la syphilis dans les premières phases par des moyens chirurgicaux, par Leuf. (*N. York med. Journ.*, 11 juillet.) — La syphilis acquise du cœur et de ses enveloppes séreuses, par Mannino. (*Ingrassia*, I, n° 3.) — Insuffisance aortique d'origine syphilitique, par Landouzy. (*Gaz. des hôp.*, 3 nov.) — Syphilis, accidents cérébraux au début de la période secondaire, hémiplégie droite, traitement spécifique, guérison, par Ménétrier. (*Arm. de dermat.*, 25 juillet.) – De la pseudo-paralysie syphilitique, par Dreyfous. (*Rev. de méd.*, juillet.) — État épileptique dans la période secondaire de la syphilis, par Zinsmeister. (*Wiener med. Woch.*, 12 sept.) — L'ophtalmoscope et la syphilis, par Bull. (In-8°, p. 117, *Christiania*, 1884.) — Un cas de syphilis pulmonaire, par Weiszberg. (*Wien. med. Presse.* n° 1.) — Observations sur la phtisie et la pneumonie; leurs relations avec la syphilis, par Porter. (*N. York med. Journ.*, 1er août.)—Ulcération syphilitique de l'intestin; mort par suite d'hémorragies intestinales, par A. Blackmore. (*Lancet*, 3 octobre.) — La tuméfaction de la rate dans la syphilis récente, par Queirolo. (*La Riforma med.*, 5 oct.)—De l'hyperthermie syphilitique post partum, par Sacheste. (*Thèse de Paris*, 2 déc.) — Végétations, par Ch. Mauriac. (*N. dict. de méd. et de chir. prat.*, t. XXXVIII.) — Accidents syphilitiques et herpès génital simple, par Landouzy. (*Gaz. des hôp.*, 26 nov.) — De la syphilide acnéique du nez, par Horand. (*Ann. de dermat.*, 25 juillet.) — Anatomie des syphilides cutanées,

par Neumann. (*Soc. de méd. de Vienne*, 20 mars.) — Obs. de syphilide tuberculo-ulcéreuse d'origine héréditaire; fille de 20 ans, par Graham. (*Americ. dermat. assoc.*, 26 août.) — Myosite syphilitique, par Guyot. (*Société méd. des hôpitaux*, 22 juillet.) — Tumeur syphilitique du coronal, par Duguet. (*Gaz. des hôp.*, 1er oct.) — Sur l'ostéomyélite gommeuse des os longs, par Perret. (*Thèse de Lyon*, n° 270.) — Sur un cas de syphilis probablement héréditaire, homme de 23 ans, 21 lésions osseuses et viscérales, par Duzéa. (*Lyon méd.*, 14 juin.) — Nécrose syphilitique de l'atlas, par L. Fischer. (*Deut. Zeit. f. Chir.*, XXII, p. 420.) — Traitement de la syphilis héréditaire chez les enfants à la mamelle, par Cantana. (*La Salute et la Riforma med.*, 9 juin.) — Du traitement de la syphilis par les eaux sulfureuses; action révélatrice et action curative de ces eaux combinées avec les médicaments antisyphilitiques. (*Gaz. des hôp.*, 24 oct.) — Le traitement radical de la syphilis, par Hardaway. (*N. York med. Journ.*, 26 sept.)

T

Tænia. — Note sur un tænia solium fenestrata, par Notta. (*Union médicale*, 24 octobre.) — Recherches sur le système nerveux des tænias, par Niemice. (*Recueil zool. Suisse*, II, n° 4.) — Des troubles oculaires provoqués par le tænia, par Molard. (*Recueil d'ophtalm.*, n° 5, p. 284.)

Taille. — Calculs vésicaux; taille chez l'homme, par Morelli. (*Morgagni*, juin-juillet.) — Etude sur la taille hypogastrique, par Preneux. (*Thèse de Lyon*, n° 281.) — Contribution à l'étude de la taille hypogastrique pour l'extration des calculs vésicaux, par Lutrand. (*Thèse Montpellier*, n° 22.)

Teigne. — Pelade, par Chambard. (*Dict. enc. des sc. méd.*, 2e série, t. XXII. — Alopécie areata et bactérium décalvans, par Thin. (*Monats. f. prakt. Dermat.*, août.) — Etudes mycologiques sur la teigne faveuse et la teigne tricophytique, par Robinson. (*Americ. derm. assoc.*, 27 août.) — Sur le traitement de la teigne tondante par le procédé de Foulis, par Hallopeau. (*Union médicale*, 10 septembre.)

Température. — Recherches expérimentales sur la température qu'on observe chez la femme au moment de l'accouchement et sur celle de l'enfant au moment de la naissance. Comparaison de ces deux températures entre elles, par Bonnal. (*Acad. des sciences*, 2 novembre.) — La température du corps dans les maladies, par Ch. Richet. (*Rev. scientif.*, 5 septembre.) — La température après la mort, par C. Richet. (*Rev. scientif.*, 26 sept.) — De la température dans le typhus exanthématique et la fièvre rémittente, par Grigorjew. (*Woienno med.*, n° 7.)

Tendon. — Arrachement sous-cutané du tendon extenseur de la deuxième phalange du pouce, par Gangolphe. (*Lyon méd.*, 5 juillet.) — Note sur la réparation du tendon extenseur du pouce, par Schwartz. (*Rev. de chir.*, 10 novembre.) — Plaies tendineuses et musculaires, indications et traitement, par Thiodet. (*Thèse de Lyon*, n° 276.) — Ténorraphie et greffe tendineuse, par Fargin. (*Thèse de Paris*, 17 novembre.) — Contribution à l'étude des sutures tendineuses, par Mugnier-Motta. (*Thèse de Montpellier*, n° 35.)

Testicule. — Un cas d'hydrocèle multiloculaire, par Leser. (*Centralb. f. Chir.*,

nº 2, 10 janvier.) — Phimosis congénital et hydrocèle congénitale, par Karewski. (*Cent. f. Chir.*, nº 31.) — Sur la question de la formation de l'hydrocèle biloculaire, par Witzel. (*Cent. f. Chir.*, nº 27.) — De l'hydrocèle multiloculaire, par Steinthal. (*Cent. f. Chir.*, nº 41.) — Observation d'épididymite rhumatismale, par Degeorge. (*Soc. des sc. méd. de Gannat.*) — Un cas de triorchidie, par Léon. (*Arch. de méd. navale*, août.) — Du paraphimosis; ectopie testiculaire; castration, par Segond. (*Gaz. des hôp.*, 12 nov.) — Note sur un cas d'inclusion scrotale, par Cornil et Berger. (*Arch. de phys.*, nº 4.) — Carcinome du testicule gauche ; diagnostic différentiel des tumeurs du testicule, par Tillaux. (*Gaz. des hôp.*, 13 août.) — La castration exécutée avec l'entérotome, par Barone. (*La Riforma med.*, 12 juin.)

Tétanie. — Un cas de tétanie, par Stewart. (*Med. News*, 11 juillet, p. 50.)

Tétanos. — L'étiologie du tétanos traumatique, par Conner. (*Med. News*, 25 juillet.) — Tétanos, par Byrd. (*Journ. of americ. med. assoc.*, 10 oct.) — Trois cas de tétanos infectieux, par Vogel. (*Deutsche med. Woch.*, nº 31.) — Tétanos traumatique, désarticulation du doigt, guérison, par de Bruijer. (*Med. Tifosch. von Geneesk*, nº 5.) — Tétanos infantile guéri par l'extrait de fève de Calabar, par Descroizilles. (*Arch. de tocol.*, oct.)

Thérapeutique. — Traité de thérapeutique médicale, par Salomon. (In-8º, *Berlin.*) — Pourquoi les médicaments n'agissent pas quelquefois, par Brunton et Cast. (*St-Barthol. hospit. Reports*, XX, p. 213.) — La médication antithermique. (*Gaz. des hôp.*, 7 nov.) — Influence de l'antipyrine sur les métamorphoses azotées, et l'assimilation chez les fébricitants, par Walter. (*Vratch*, nº 30.) — Notes sur l'antipyrine, confirmation des faits connus, par Butler. (*New York med. Journ.*, 2 mai.) — Des effets de l'antipyrine observés à l'hôpital de Boston, par G.-B. Shattuck. (*Boston med. and surg. Journ.*, 23 juillet.) — De l'antipyrine, par Clément. (*Lyon méd.*, 21 juin, p. 265.) — De l'administration de la kairine par l'estomac ou en injections sous-cutanées, seule ou associée aux lavements phéniqués, par Trusewicz. (*Vratch*, nº 39, 1884.) — Des effets thérapeutiques de la caféine, par Curschmann. (*Soc. méd. de Hambourg*, 8 juillet.) — Quelques usages thérapeutiques de la pilocarpine (urémie, congestion laryngée), par Isham. (*Med. News*, 19 sept.) — Note sur les oléates, par Stelwagon. (*Americ. journ. of med. sc.*, octobre.)

Thrombose. — Thrombose artérielle marastique, par Gilbert. (*Soc. anat.*, 19 déc. 1884.)

Thyroïde. — Des rétrécissements trachéaux par le goitre, par E. Müller. (*Mittheil aus. der chir. klin. v. Tubingen*, 1884, Heft 3, p. 371.) — Traitement des kystes thyroïdiens par la ponction et l'injection iodée, par A. Worner. (*Ibid*, p. 382.) — De la cachexie strumiprive, par Grundler. (*Ibid*, p. 420.) — Observation de thyroïdite aiguë, par Ricklin. (*Gaz. méd. de Paris*, 19 sept.) — De l'iodoforme dans le traitement du goitre, par Bean. (*Northwestern Lancet*, 15 janv.) — De l'extirpation du goitre et de la cachexie strumiprive, par Pietrzikowski. (*Prager med. Woch.*, nº 1.) — De l'extirpation du goitre, par Wolkowitsch. (*Chirurg. Westnik*, nº 1.) — Quelques considérations sur la pathogénie du goitre exophtalmique, par Panas. (*Union médicale*, 1er août.)

Torticolis. — Du soi-disant torticolis congénital et de la section du muscle sterno-cléido-mastoïdien, par R. Volkmann. (*Cent. f. Chir.*, 4 avril.)

Trachéotomie. — Des soins consécutifs à la trachéotomie, par Hersey. (*Med.*

News, p. 378, 3 oct.) — Trachéotomie à la période asphyxique du croup par le procédé de Saint-Germain; guérison, par R. de la Sota y Lastra. (*Arch. ital. di laring.*, V, 1.) — De la trachéotomie chez les enfants à l'aide du ténaculum à lames séparées, par Castelain. (*Bull. méd. du Nord*, avril.) — Des suites tardives de la trachéotomie pour croup chez les enfants, par Martin Neukomm. (*Zurich.*)

Transfusion. — Transfusion de sang animal pour le traitement de l'anémie chez l'homme et chez les animaux, par Chicoli. (*Ingrassia*, I, n° 3.) — De la tranfusion du sang défibriné dans la septicémie, par Aleksejenski. (*Voienno med.*, juin.) — De la transfusion saline dans l'anémie aiguë dans un cas de grossesse extra-utérine, par Ziemacki et Kotelnikow. (*Vratch.*, n° 33.)

Trépanation. — De la trépanation du crâne chez les indigènes de l'Aurès, par Védrènes. (*Rev. de chir.*, octobre.)

Tuberculose. — Contributions critiques et expérimentales à la question de la tuberculose alimentaire, par F. Wesener. (*Fribourg.*) — L'hérédité de la tuberculose, par Walh. (*Deutsche med. Woch.*, n° 1.) — Hérédité de la tuberculose, par Wolffberg. (*Ibid*, n° 13.) — Marche des lésions consécutives à l'inoculation de la tuberculose de l'homme chez le lapin et le cobaye. Application à l'étude de l'inoculation et de la réinoculation de la tuberculose, par Arloing. (*Acad. des sc.*, 5 octobre.) — Observation de transmission probable de la tuberculose par la voie génitale, par Bories. (*Rev. d'hyg.*, sept.) — Etat actuel de la question du bacille tuberculeux et de la pathogénie de la phtisie, par Pavone. (*Morgagni*, juin-juillet.) — Recherches expérimentales et anatomo-pathologiques sur la tuberculose, par Baumgarten. (*Zeit. f. klin. Med.*, X, 1 et 2.) — Rapport sur l'origine et la distribution géographique de la phtisie pulmonaire dans l'état de Michigan, par Shurly. (*New York med. Journ.*, 14 nov.) — Influence des hautes altitudes sur la consomption pulmonaire (le Colorado), par Snow. (*New York med. Journ.*, 13 juin.) — Formes peu ordinaires de phtisie, par Crook. (*New York med. Journ.*, 20 juin.) — Pneumonie croupale se transformant en tuberculose, par Schulz. (*Deutsche med. Woch*, n° 20.) — De la forme fibreuse de la phtisie pulmonaire, par Sokolowski. (*Gaz. Lekarsk*, n° 36.) — Essai sur la phtisie tuberculeuse à forme hémoptoïque, par L. Coutet. (*Thèse de Montpellier*, n° 46.) — Contribution à l'étude des altérations du cœur droit dans la tuberculose pulmonaire chronique, par Estorges. (*Thèse Montpellier*, n° 51.) — Tuberculose de la lèvre inférieure, par Verneuil. (*Gaz. des hôp*,, 11 août.) — De la tuberculose articulaire du genou, par Willemer. (*Deutsche Zeit. f. Chir.*, XXII, 3 et 4.) — Tuberculose de l'appareil génito-urinaire, par Lyttle. (*New York med. Journ.*, 20 juin.) — Des méthodes modernes de traitement de la phtisie pulmonaire, par B. Robinson. (*New York med. Journ.*, 14 nov.) — Le traitement climatérique de la tuberculose pulmonaire, par Chodounsky. (*Alleg. Wiener med. Zeit.*, 19 mai.) — Le traitement climatérique de la phtisie, par Williams. (*New York med. Journ.*, p. 671, 13 juin.) — Le traitement de la phtisie chez soi, par Shattuck. (*New York med. Journ.*, 26 sept.) — De la valeur de l'air comprimé dans la phtisie, par Solis Cohen. (*Med. News*, 1er août.) — Phtisie traumatique, recherches sur les inhalations dans la tuberculose, par Mendelsohn. (*Zeit. f. klin. Med.*, X, 1 et 2.) — Traitement par la médication externe de la consomption pulmonaire, 3e mémoire, par Mays. (*Med. News*, 22 août.) — De l'hydrate de chloral contre les sueurs nocturnes des phtisiques, par Nicolai. (*Gaz. degli Ospit.*, 15 juillet.)

Tumeur. — Des néoplasmes (étiologie, pathogénie), par Longuet. (*Union*

médicale, 17 sept.) — Contribution à l'étiologie des tumeurs malignes, par J. Hall. (*Med. News*, 31 oct.) — De l'hérédité des tumeurs, par Puig. (*Thèse de Lyon*, n° 275.) — Etude critique des classifications des tumeurs, par Guillabert. (*Thèse de Lyon*, n° 294.) — Des tumeurs qui se développent sur les organes fibreux, par Lagrange. (*Gaz. hebd. des sc. méd. de Bordeaux*, 25 oct.)

Typhoïde (**Fièvre**). — Le microbe de la fièvre typhoïde de l'homme, cultures et inoculations, par Tayon. (*Acad. des sciences*, 18 août.) — Fièvre typhoïde. Peut-elle se transmettre du bétail à l'homme? par J. Ward. (*Lancet*, 19 sept.) — Etiologie de la fièvre typhoïde, par Dornbulth. (*Deustche med. Woch.*, n° 7.) — Epidémie de fièvre typhoïde causée par l'eau potable à Fouilloux (Basses-Alpes), par Devars. (*Lyon méd.*, 6 sept.) — L'épidémie de fièvre typhoïde à Plymouth, par Biggs et Dreneman. (*New York med. Journ.*, 23 mai.) — Observations sur la fièvre typhoïde de l'enfance faites à l'hôpital de Bâle, par Georges de Montmollin. (*Thèse inaugurale Bâle.*) — Statistique des cas de fièvre typhoïde soignés à Munich dans le service de Zeimssen. (*D. Arch. f. klin. Med*, XXXVII, p. 308.) — De la fièvre typhoïde, par Geissler. (*Schmidt's Jahrb.*, Band CCVI, n° 7.)— Fièvre typhoïde, mort au 6e jour, par Deschamps. (*Soc. anat.*, 13 février.)— Réflexions cliniques sur la fièvre typhoïde à forme rénale et sur la mort rapide par urémie convulsive, par Toussaint. (*Arch. méd. milit.*, p. 228, 16 sept.) — La néphrotyphoïde, par Longuet. (*Union médicale*, 3 nov.) — Fièvre typhoïde compliquée de phlébites multiples chez une femme atteinte de varices. Guérison de la fièvre et des varices, par H.-W. Phillips. (*Lancet*, 19 sep.) — Paralysies dans la fièvre typhoïde, par Rondot. (*Gaz. hebd. des sc. méd. de Bordeaux*, 1er nov.) — Des embolies artérielles d'origine cardiaque dans la fièvre typhoïde. Observation : fièvre typhoïde ataxo-adynamique. Mort le 13e jour; caillot fibrineux du cœur gauche; oblitération d'une artère intercostale; infarctus splénique, par L. Galliard. (*Arch. gén. de méd.*, janvier.) — Sur un mode anormal de fièvre typhoïde par névralgies intermittentes, par Ruelle. (*Soc. des sc. méd. de Gannat.*) — Périostite aiguë du tibia droit pendant la convalescence de la fièvre typhoïde, par Sorbets. (*Gazette des hôpitaux*, 5 novembre.) — Des complications osseuses de la fièvre typhoïde, par Courcenet. (*Thèse de Paris*, 6 nov.) — Sur une nouvelle méthode balnéothérapique réfrigérante spécialement employée dans le traitement de la fièvre typhoïde, par Skinner. (*Thèse de Paris*, 29 oct.) — Cent deux cas de fièvre typhoïde traités sans bains et sans médication antipyrétique, par Glaser. (*Deutsche med. Woch.*, n° 12.) — Onze cas de fièvre typhoïde traités par l'antipyrine, par Schulz. (*Deutsch med. Woch.*, n° 20.) — De la valeur de l'hypochlorite de soude dans le traitement de la fièvre typhoïde, par J. C. Pearson. (*Lancet*, 19 septembre.)

Typhus. — Typhus (exanthématique, fièvre récurrente, méningite cérébro-spinale), par E. Richard. (*N. dict. de méd. et de chir, prat.*, t. XXXVII.) — Observation de typhus cérébro-spinal. Durée de quarante-cinq jours ; guérison, par Chavanis. (*Loire médicale*, 15 septembre.)

U

Ulcère. — Sur la pathogénie du mal perforant par Martin. (*Thèse de Lyon*, n° 296.) — Contribution à l'étude clinique du mal perforant, plantaire, par

Boursier et Lagrange. (*Gaz. hebd. des sc. méd. de Bordeaux*, 20 sept.) — Sur la pathogénie des ulcères variqueux, par Gérard. (*Thèse de Paris*, 31 oct.) — De la naphtaline dans le traitement des ulcères, par Dovodtschikoff. (*Vratch*, n° 25.)

Urémie. — Sur la relation existant entre la cause de l'urémie et son expression symptomatique, par Gaudens. (*Thèse de Lyon*, n° 274.) — Urémie, par Labadie-Lagrave. (*N. Dict. de méd. et de chir. prat.*, t. XXXVII.)

Urètre. — Urètre (anat. phys. pathol.), par R. Jamin et Bouilly. (*N. Dict. de méd. et de chir. prat.*, t. XXXVII.) — Absence complète de l'urètre, par Post. (*Americ. Journ. of obstet.*, août.) — Anomalie du canal de l'urètre chez une petite fille de 8 ans, par Mengus. (*Semaine méd.*, 7 oct.) — Anomalie de l'urètre; cloison transversale de la portion spongieuse en arrière de la fosse naviculaire, par Sécheyron. (*Soc. anat.*, 30 janv.) — De l'urétrite chronique, par Bastard. (*Thèse de Lyon*, n° 272.) — Rétrécissement de l'urètre, cystite, pyélonéphrite, infiltration urineuse, par Dixon Jones. (*N. York med. Journ.*, 29 août.) — Sur l'oblitération de l'urètre non congénitale, par Ladroitte. (*Thèse de Paris*, 2 déc.) — Rétrécissement de l'urètre, infiltration urineuse, par Terrillon. (*Gaz. des hôp.*, 10 sept.) — Du cathétérisme rétrograde, par Heydenreich. (*Semaine méd.*, 30 sept.) — Deux observations de calculs urétraux, par Sentex. (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 15 nov.) — Traitement des rétrécissements de l'urètre, par Whittemore. (*N. York med. Journ.*, 27 juin.) — Rétrécissement infranchissable, infiltration d'urine, urétrotomie externe et urétrotomie interne dans la même séance, guérison par Polaillon. (*Ann. des mal. des organes génito-urinaires*, juin.) — De l'urétrotomie externe sans conducteur, par Ollier. (*Lyon méd.*, 16 août, p. 538.)

Urine. — Guide pratique de l'analyse des urines, par Laache, traduit par Francotte. (In-16, 170 pages, *Bruxelles.*) — Guide pour l'examen des urines, par W. Legg. (6ᵉ édit., *Londres.*) — Urine (normale et path.), par Danlos. (*N. Dict. de méd. et de chir. prat.*, t. XXXVII.) — Examen chimique d'un sédiment urinaire formé en grande partie de silice, par Abonnel. (*Lyon méd.*, 21 juin.) — Recherches sur les substances réductrices de l'urine normale, par Greene. (*Med. News*, 15 août.) — Recherche de l'indican dans l'urine et de sa signification séméiotique, par Cervesato. (*La Riforma med.*, 9 oct.) — De l'élimination des boissons par l'urine, par Ch. Richet. (*Comptes rendus de la Société de biologie*, 8 août.) — La présence de l'albumine, du sucre, de l'acétone et de l'acide diacétique dans l'urine, par Griffith. (*Med. News*, 3 oct.) — L'application des principes antiseptiques à la chirurgie des organes génito-urinaires, par A.-T. Cabot. (*Boston med. and surg. Journ.*, 10 sept.)

Urticaire. — Urticaire, par A. Hardy. (*N. Dict. de méd. et de chir. prat.*, t. XXXVII.)

Utérus. — La position normale de l'utérus et ses rapports avec les autres organes du bassin, par Martin. (*Med. News*, 15 août, p. 191.) — Situations et mouvements de l'utérus à l'état normal et morbide, par O. Küstner. (*Stuttgart.*)—Utérus (an., phys., path.), par E. Schwartz, A. Charpentier, Siredey et Danlos. (*N. Dict. de méd. et de chir. prat.*, t. XXXVII.) — Circulation de l'utérus, par John Williams. (*Med. Times*, I, p. 528.) — Absence de l'utérus, occlusion du vagin, par Bousquet. (*Med. Times*, 18 avril, p. 530.) — La signification thérapeutique des follicules du col, par Baruch. (*N. York med. Journ.*, 27 juin.) — Végétations polypiformes de l'utérus, par Richet. (*Gaz. des hôp.*, 25 août.) — De la déchirure du col de la ma-

trice, de son rôle pathogénique et de son traitement, par L. Cot. (*Thèse de Montpellier*, n° 36.) — De l'endométrite fongueuse, pathol., diagnostic, trait., par J. Hunter. (*Arch. de tacol.*, oct.) — Etudes sur l'endométrite, par Mary Jacobi. (*Americ. Journ. of obst.*, janv.) — Du traitement de la métrite parenchymateuse chronique, et en particulier de l'ignipuncture, par de Clion. (*Thèse de Montpellier*, n° 53.) — Du grattage de l'utérus, par Adriet. (*Thèse de Paris*, 29 oct.) — De l'antéflexion de l'utérus avec sténose du col; causes et traitement, par Chambers. (*N. York med. Journ.*, 2 mai.) — Traitement des déplacements de l'utérus, par Donaldson. (*Amer. Journ. of obstet.*, juillet.) — Traitement des flexions utérines par la tige intra-utérine, par Fundenberg. (*Journ. of americ. med. Assoc.*, 5 sept.)— Inversion complète de l'utérus à la suite de l'accouchement, par Crampton. (*Americ. journ. of obst.*, octobre.) — De la traction de l'utérus comme moyen diagnostique et thérapeutique, par Hadra. (*Americ. Journ. of obst.*, octobre.) — Inversion totale de l'utérus, par Ollive. (*Ann. de gyn.*, août.) — Observations de fibrome du col utérin simulant un sarcome, par Boyd. (*Americ. Journ. of obst.*, oct.) — Revue de quelques cas de fibromes du col utérin, par G.-W. Johnston. (*American Journ. of obstet.*, nov.) — Un cas de liomyome du vagin et de l'utérus, par Byford. (*Med. News,* 22 août, p. 218.) — Polype utérin, fibro-myome volumineux, extraction par le forceps, par Looten. (*Bulletin médical du Nord*, juillet.) — De la gangrène des fibromes utérins suivie d'expulsion, par Hurry. (*St-Barthol. hosp. Rep.*, XX, p. 159.) — Deux cas de guérison de fibro-myomes utérins par les injections sous-cutanées d'ergotine chez deux sœurs, par Bidder. (*Wien. med. Presse*, n° 10.) — L'opération d'Emmet; quand doit-on la faire, quand doit-on la repousser? par Zinke. (*Journ. of americ. med. Assoc.*, 25 juillet.) — Extirpation d'un petit fibro-myome utérin, par la paroi antérieure du vagin, par Mann. (*Americ. Journ. of obstet.*, juin.) — Tumeur fibreuse de l'utérus. Hystérectomie, par Boissaric. (*Ann. de gyn.*, juillet.) — Extirpation de la matrice, esquisse historique, par Herrgott. (*Ann. de gynéc.*, sept.) —Large fibro-kyste de l'utérus; ablation de l'utérus et des ovaires, par Scott. (*N. York med. Journ.*, 9 mai.) — Extirpation des annexes utérins pour de l'épilepsie menstruelle; guérison, par Montgomery. (*Americ. Journ. of obst.*, fév.) — Inversion complète de la matrice, à la suite d'un accouchement, hystérectomie au moyen de la ligature élastique; guérison, par Higuet. (*Bullet. de l'Acad. de méd. de Belgique*, sept.)—La maladie de Huguier, par Gallard. (*Ann. de gyn.*, août et sept.) — Une opération de Porro, par Handfield Jones. (*Med. Times*, I, p. 763.) — Arrachement de l'utérus pendant la période de délivrance, par Römer. (*Arch. f. Gynaek.*, XXVI, Heft 1.) — Note sur l'amputation totale de l'utérus dans le cas de cancer de cet organe, par Trélat. (*Bullet. de l'Acad. de méd.*, XIV, n°s 28 et 29.) — Méningite aiguë accompagnée de phénomènes cataleptiques et survenue à la suite de l'ablation d'un col utérin cancéreux, par de Tornéry. (*France méd.*, 15 sept.) — De la colpohystérectomie dans les affections cancéreuses de l'utérus, par Molines. (*Thèse de Montpellier*, n° 60.) — Quatre cas d'extirpation de l'utérus par le vagin, par Duvélius. (*Deutsche med. Woch.*, n° 9.) — Extirpation totale de l'utérus carcinomateux, par Staude. (*Soc. med. de Hambourg*, 27 mai 1884.) — Cathéter utérin flexible, par Biot. (*Lyon méd.*, p. 186, 11 oct.)

V

Vaccin. — Étude sur la pratique de la vaccine, ce qu'elle est, ce qu'elle devrait être, par Titeca. (In-8° *Bruxelles*.) — De l'emploi exclusif du vac-

cin de génisse et de l'abandon du vaccin humain, par VOIGT. (*Deutsche med. Woch.*, n° 12.) — L'organisation du service de la vaccine en France, par ROCHARD. (*Rev. d'hyg.*, sept.) — Vaccine, par A. D'ESPINE. (*Dict. de méd. et de chir. prat.*, t. XXXVIII.)

Vagin. — Calculs extirpés de kystes de la glande vulvo-vaginale, par SCOTT et HARRIS. (*Americ. Journ. of med. sc.*, octobre.) — Un cas de cloisonnement transversal du vagin observé chez une imbécile, par GILSON. (*Encéphale*, p. 41.) — Sphacèle de la paroi vésico-vaginale consécutive à une application de forceps, fistule, hernie de la face interne de la vessie qui fait saillie dans le vagin, écoulement incessant des urines dans le vagin par les deux uretères qui se dilatent et déterminent une atrophie légère des deux reins, par ŒTTINGER. (*Ann. des mal. des org. gén. urin.*, 1er juillet.) — Vagin et vulve, par J. LEVRAT et C. VINAY. (*Dict. de méd. et de chir. prat.*, t. XXXVIII.)

Vaisseau. — Des mouvements propres des vaisseaux, par GURY. (*Thèse de Lyon*, n° 290.) — Mesure de la pression nécessaire pour déterminer la rupture des vaisseaux sanguins, par GRÈHANT et QUINQUAUD. (*Journ. de l'anat.*, juillet-août.)

Variole. — De la variole et des maladies varioleuses chez les animaux, par E. F. WILLOUGHBY. (*Med. Times and. Gaz.*, 16 mai.) — Variole, par F. BALZER et W. DUBREUILH. (*N. dict. de méd. et chir. prat.*, t. XXXVIII.) — Contribution à l'étude de la variole hémorragique, par BOIXO. (*Thèse Montpellier*, n° 43.)

Varicelle. — Varicelle simulant un pemphigus, par GEDDINGS. (*Med. News*, 8 août.) — De la spécificité et de l'inoculation de la varicelle, par D'HEILLY. (*Société méd. des hôp.*, 4 nov.)

Vaso-moteurs. — D'un rôle des vaso-moteurs dans la production de certains symptômes : délire alcoolique; goître exophtalmique; œdème, par E. E. BRUEN. (*Boston med. and surg. Journ.*, 24 septembre.) — Vaso-moteurs, par M. DUVAL. (*N. dict. de méd. et de chir. prat.*, t. XXXVIII.)

Veine. — Veines (pathologie), par ED. SCHWARTZ et C. VINAY. (*N. dict. de méd. et de chir. prat.*, t. XXXVIII.) — Note sur la phlébite rhumatismale ; rhumatisme polyarticulaire, pleurésie, oblitération des deux veines crurales; guérison, par CHAVANIS. (*Loire médicale*, 15 octobre.) — Varicocèle, par P. SEGOND. (*N. dict. de méd. et de chir. prat.*, t. XXXVIII.)

Vessie. — Déplacement de la vessie par le tamponnement du rectum, par FEHLEISEN. (*Arch. f. klin. Chir.*, XXXII, 3.) — Ectopie de la vessie avec épispadias, par MERMANN. (*Arch. f. Gynaek.*, XXVI, Heft 1.) — Tuberculose primitive de la vessie chez une jeune fille, par DUBUC. (*Union médicale*, 25 avril.) — Cystite parenchymateuse consécutive à une néphrite diffuse, par PICARD. (*Ann. des mal. des org. gén.-urin.*, 1er juillet.) — Des stigmates de maïs dans le traitement du catarrhe vésical, par G. SAINT-GEORGE. (*Lancet*, 31 octobre.) — Étude sur la cystotomie dans les cas de catarrhe grave de la vessie et de contracture douloureuse du col, par CAPOULADE. (*Thèse Montpellier*, n° 5.) — Raisons de la prédominance des calculs dans les districts pourvus d'eaux dures (calcaires) avec notes sur l'opération de la taille, par CARROW. (*Med. News*, 7 nov.) — Calcul pesant 400 grains retiré par la litholapaxie et calcul extrait de la vessie chez une femme par la dilatation rapide, par HEWMAN. (*Glasgow med. journ.*, juin.) Obs. de calculs vésicaux, par BUCHANAN. (*Glasgow med. journ.*, mai.) —

Calcul vésical volumineux de phosphate ammoniaco-magnésien (80 grammes) chez une femme; lithotritie; guérison, par Hamon du Fougeray. (*Gaz. des hôp.*, 24 nov.) — Des cystocèles vaginales avec ou sans chute de l'utérus compliquées de calculs, par Varnier. (*Ann. de gyn.*, sept.) — Opération pour la cystocèle, par Reamy. (*Med. News*, 8 août.) — Sur le traitement de la cystocèle vaginale, par Delthil. (*Assoc. française; Congrès de Blois.*) — Des tumeurs de la vessie, diagnostic et traitement, par Wittelshofer. (*Wiener med. Wach.*, 22 août.) — Symptômes et diagnostic des tumeurs de la vessie, par Marcano. (*Progrès médical*, 19 septembre.) — Tumeurs de la vessie, par Pitts. (*Med. Times*, 30 mai, p. 729.) — Diagnostic et traitement des tumeurs de la vessie, par R. Harrison. (*Med. Times*, 1er août, p. 143.) — Cancer de la vessie, par Mollière. (*Gaz. des hôp.*, 3 nov.) — Un cas de cancer primitif de la vessie, par Chelchowski. (*Gaz. Lekarsk.*, n° 28.) — De l'extirpation des tumeurs de la vessie par le vagin, par Schlegtendal. (*Wiener med. Blätter*, 3 sept.) — Extirpation des tumeurs de la vessie, par Geza v. Antal. (*Wiener med. Woch.*, 3 oct.) — Résection partielle extrapéritonéale de la vessie pour un carcinome, par G. v. Antal. (*Cent. f. Chir.*, n° 36.) — Traumatisme de la vessie dans l'ovariotomie et l'hystérotomie, par J. Bœckel. (*Gaz. méd. de Strasbourg*, 1er nov.) — Note sur un cas de rupture de la vessie, par Knox. (*Glasgow med. journ.*, mai.) — Considérations sur la pathogénie de deux variétés peu connues de rupture de la vessie et sur les moyens de la prévenir, par Poussin. (*Rev. de chir.*, 10 novembre.)

Vin. — Examen des vins par l'analyse spectrale, par Girard et Pabst. (*Soc. de méd. pub.; Rev. d'hyg.*, VII, n° 8.) — Sur le sulfo de fuchsine dans les vins, par Cazeneuve. (*Lyon méd.* 1er nov.) — Présence de l'arsenic dans quelques vins du canton de Saint-Nicolas-du-Port (Meurthe-et-Moselle), par Guyot. (*Journ. de pharmacie*, 1er nov.)

Virus. — A propos des propriétés zymotiques de certains virus, par Arloing. (*Acad. des sc.*, 16 nov.)

Vision. — Sur l'existence de deux espèces de sensibilité à la lumière, par Parinaud. (*Acad. des sc.*, 26 oct.) — Vision bleue se reproduisant périodiquement comme unique symptôme d'une fièvre intermittente larvée, par Baas. (*Klin. Monatsbl. f. Augenheilk.*, mai.) — Etude sur l'examen de la perception lumineuse, par E. Wolffberg. (*Arch. f. Ophth.*, XXXI, Abth. I).

Vitiligo. — Un cas de vitiligo sur toute la surface du corps, par Stelwagon. (*Americ. Journ. of med. sc.*, juillet.)

Vomissement. — Du vomissement chez les phtisiques et de l'application de la cocaïne à son traitement, par Ory. (*Thèse de Paris*, 30 nov.)

Vulve. — L'opération de l'épisiotomie, par Wilcox. (*N. York med. Journ.*, 15 août.) — Atrésie de la vulve par soudure des petites lèvres, par Guelliot. (*Union méd. du Nord-Est*, 15 sept.)

Xérodermie. — Trois cas de xéroderma pigmentosum, par R. Crocker. (*Med. chir. transact*, LXVII, p. 169.)

REVUE

DES

SCIENCES MÉDICALES

EN FRANCE ET A L'ÉTRANGER.

ANATOMIE.

Nouvelles recherches d'anatomie comparée ; sur les rapports des éléments cérébraux et des éléments spinaux, au point de vue de la structure du système nerveux central, par J. LUYS (*Encéphale*, *n°* 6, *p.* 641, 1885).

Les fibres cérébrales présentent dans leur agencement plusieurs systèmes sur lesquels Luys a précédemment attiré l'attention (*R. S. M.*, XXVII, 2). Il a décrit en particulier une catégorie spéciale de fibres blanches qu'il a appelées contingent sous-optique, et qui, venant de l'écorce, passent sous les couches optiques, et se perdent dans différents points de la protubérance et du bulbe. C'est dans ces mêmes régions que doivent se rencontrer les fibres de la moelle et du cerveau. En effet, si l'on s'adresse à l'anatomie comparée, on constate que la forme et le volume du cerveau influent d'une façon directe sur la forme et le volume des pédoncules cérébraux, que la partie supérieure de la protubérance obéit à des lois analogues, tandis que sa partie inférieure et surtout la région bulbaire participent des caractères distinctifs de la moelle. On peut donc dire que c'est surtout la protubérance et le bulbe qui servent de lieu de rencontre des fibres du cerveau et de la moelle.

DESCOURTIS.

Sur l'existence de cellules ganglionnaires dans les racines postérieures des nerfs rachidiens de l'homme, par George RATTONE (*Internationale Monatschrift für Anat. und Histol., Band I, p.* 53).

Dans les racines postérieures des nerfs rachidiens de l'homme, sur toute la longueur des faisceaux qui concourent à la formation de la racine, on rencontre des cellules ganglionnaires. Elles sont d'autant plus nombreuses que l'on se rapproche du ganglion, plus nombreuses aussi dans les régions cervicale, lombaire et sacrée que dans la région dorsale. Quelques-unes possèdent des dimensions énormes (300 μ). Leurs caractères sont identiques à ceux que l'on connaît aux cellules ganglionnaires, elles sont uni-, bi- ou multipolaires et possèdent une capsule connective tapissée intérieurement d'un endothélium à une ou plusieurs couches ; les vaisseaux sanguins forment des mailles au milieu

desquelles sont comprises les cellules nerveuses. Enfin il arrive souvent qu'elles sont intimement accolées à la pie-mère qui les entraîne avec elle lorsqu'on l'arrache.

Quelle est la signification de ces cellules ganglionnaires ?

Hyrtl le premier, puis Davida (1880), Krause ont mentionné des cas de duplicité et même de multiplicité du ganglion spinal (ganglions aberrants intercalaires) ; Rattone lui-même en rapporte un cas. Il est évident que les cellules *isolées* qu'a trouvées Rattone ont la même valeur morphologique que ces *amas* cellulaires aberrants.

De plus, à partir de 1849, Bidder, Reichert, Wagner et Robin ont décrit des cellules dans les racines postérieures des nerfs des poissons (de même Freud, en 1878, chez le Pétromyzon, et Kölliker, en 1872, sur le 5e nerf sacré de l'homme). Wagner était parti de ces faits pour déclarer que l'existence d'une cellule bipolaire sur le trajet d'un nerf devait servir à déterminer le caractère de sensibilité. Seulement il avait donné trop d'extension à ces faits en concluant des poissons aux vertébrés supérieurs.

Les recherches de Rattone viennent fournir un appui sérieux à la théorie de Wagner. Il faut faire remarquer toutefois que, dans un travail récent, Schäfer, de Londres, aurait rencontré chez le chat (et *uniquement* chez cet animal) des cellules ganglionnaires dans les racines antérieures, lombaires et sacrées, de telle sorte que la question n'est pas précisément résolue et réclame de nouvelles investigations. A. NICOLAS.

Recherches sur la structure des corpuscules nerveux terminaux de la conjonctive et des organes génitaux, par E. SUCHARD (*Archives de physiologie*, 15 *novembre* 1884).

Les observations de l'auteur l'ont conduit à admettre :

1° Dans la conjonctive du veau, des corpuscules de Pacini, ainsi que l'ont annoncé la plupart des histologistes qui se sont occupés de la question ;

2° Dans la conjonctive de l'homme, des corpuscules arrondis semblables aux corpuscules de Meissner ;

3° Dans la muqueuse des organes génitaux de l'homme, des corpuscules de Meissner composés, remarquables par leur volume et les réseaux des nerfs qui s'y terminent ;

4° Dans la muqueuse des organes génitaux du lapin, des corpuscules allongés, mais se rattachant, selon toute apparence, au type général des corpuscules du tact ou de Meissner ;

5° Dans cette même muqueuse du lapin, un grand nombre de corpuscules de Pacini, de forme et de volume variables ;

Dans ces différents corpuscules, qui tous peuvent être rattachés à des types simples, la terminaison des nerfs se fait, suivant la loi générale, par des extrémités libres situées entre des éléments cellulaires.

A. GILBERT.

Zur Anatomie des Iris, par FUCHS (*Klin. Monatsbl. f. Augenheilk.*, *novembre* 1885).

L'auteur s'est servi de la méthode de Priestley Smith, d'après laquelle

l'iris pris sur le vivant ou sur le cadavre est emprisonné dans de la gélatine entre deux lamelles de verre. De ces recherches il résulte qu'il existe de nombreuses lacunes, aussi bien au niveau du bord pupillaire que de la périphérie de la membrane irienne; les premières communiquent avec la chambre antérieure, les secondes avec les espaces lymphatiques du ligament pectiné. Or, lorsque la pupille se contracte, la surface irienne s'élargit et cette membrane devient plus mince et se tend dans le sens de ses rayons; aussi les ouvertures des lacunes du côté pupillaire sont-elles resserrées, tandis que celles situées à la périphérie deviennent béantes ; lorsque la pupille se dilate, le contraire a lieu, les ouvertures lacunaires du bord pupillaire s'élargissent tandis que celles de la périphérie sont rétrécies. L'auteur explique ensuite la circulation de l'humeur aqueuse, la résorption des épanchements purulents, sanguins, etc., dans la chambre antérieure, l'action des myotiques et des mydriatiques sur les changements de pression intra-oculaire, etc.

ROHMER.

Genèse et mort des fibres musculaires chez l'animal supérieur adulte, à l'état normal, par NAVALICHIN (*Arch. slaves de biol., t. I, p.* 134).

Les recherches de l'auteur ont porté sur les muscles de l'œil de différents animaux. Entre les faisceaux primitifs tendineux, et sous le périmysium externe on trouve des chapelets d'éléments allongés, fusiformes, qui tendent à se souder les uns aux autres en séries linéaïres. C'est aux dépens de ces fuseaux que se constituent les fibrilles musculaires, par disparition du noyau et striation du protoplasma. L'auteur les désigne sous le nom de *myoplastes*. L'accroissement en longueur et en épaisseur des fibres musculaires se fait de cette façon.

D'autre part, on observe à côté des fibres à structure normale, des gaines de sarcolemme dont la cavité est remplie d'une masse amorphe englobant des éléments arrondis ou ovales en plus ou moins grande abondance, et n'offrant aucune striation. Ce mode de transformation de la fibre musculaire, déjà observé par Waldeyer et Erbkam, a été unanimement considéré comme un indice de la mort de la fibre, mais on est divisé sur la question de l'origine des éléments qui remplissent la gaine sarcolemmatique. Navalichin, se basant sur l'examen de muscles stricturés par une ligature, émet l'hypothèse que dans ces conditions le *myoplaste* ne se tranforme pas en fibrille musculaire, mais se segmente en masses rappelant par leurs caractères les leucocytes, et qu'il appelle « myoclastes ». Ces myoclastes pénètrent dans la gaine du sarcolemme et se mettent à proliférer activement aux dépens de la substance musculaire dont ils se nourrissent, en quelque sorte, et à laquelle ils finissent par se substituer.

A. NICOLAS.

I. — Untersuchungen ueber die Histogenese der Retina (Recherches sur l'histogenèse de la rétine), par J. KOGANEÏ (*Archiv für mikrosk. Anatomie, Band XXIII, p.* 335).

II. — Die Retina, par W. KRAUSE (*Internationale Monatschrift für Anat. und H tol., Band I*).

III. — Ueber die Retina des Menschen (De la rétine humaine), par A. DOGIEL
(*Ibidem, Band I, p.* 142 *et* 161).

I. — Après un historique détaillé de la question, l'auteur expose ses propres recherches qui peuvent se résumer ainsi :

Le processus formatif de la rétine se fait chez les oiseaux (poulet) et les mammifères (lapin) de la façon qu'ont indiquée Ogneff et surtout W. Müller. Müller pensait que la rétine, comme le névraxe lui-même, se partageait en une formation épithéliale (couche des cellules visuelles, épendyme) et une formation cérébrale, celle-ci se différenciant plus tard en : cellules nerveuses et cellules de soutien (système de Müller, névroglie).

Déjà, sur des yeux où la vésicule oculaire *primitive* existe encore, on voit la rétine constituée, de dedans en dehors : par une *couche dite proliférative* tapissant la cavité oculaire ; et par une assise de 4-5 cellules fusiformes, assise des *cellules primordiales* de Löwe, qui dérivent elles-mêmes de la prolifération de la première couche.

La formation de cellules nouvelles aux dépens de la couche proliférative cesse avec l'apparition de la couche intermédiaire qui est assez tardive ; dès lors, les cellules jeunes prolifératives deviennent des cellules visuelles qui produisent ensuite leur article interne, comme de petits bourgeons dépassant la limitante externe, à la manière des dents d'une scie. Les éléments de la couche des cellules primordiales se différencient en cellules de soutien et cellules nerveuses ; cette différenciation allant de la face distale (interne) à la face proximale (externe) de la rétine et marchant du pédicule oculaire vers la périphérie. Les articles externes apparaissent ensuite comme de petites saillies des articles internes. Le pouvoir visuel apparaît à ce moment.

La dernière conclusion de Koganeï est celle-ci :

La division de la rétine en une partie épithéliale et une partie cérébrale n'est appuyée en aucune façon par cette étude histogénétique.

Cette conclusion qui vise l'opinion de W. Müller est en contradiction évidente avec ce que l'auteur avait dit au début de son travail, à savoir que le développement histogénétique se fait comme l'avait indiqué W. Müller.

II. — On peut distinguer trois périodes dans l'histoire de la rétine : dans la *première*, on se contentait de l'examen de rétines fraîches, étudiées sans réactif ; la *seconde* commence à Hannover (1840) et W. Müller (1856) qui mirent en usage l'acide chromique ; la *troisième* enfin est marquée par l'emploi de l'acide osmique (M. Schultze, 1866). Par des coupes de rétine traitées à l'hydrate de chloral, faites en série, et parallèlement à la surface de la membrane, on peut voir qu'il existe un certain nombre de couches formées d'éléments multipolaires dont la nature cellulaire est plus ou moins évidente, et qui s'anastomosent de manière à former des réseaux dépendant tous du système de Müller.

C'est chez les poissons que ces réseaux sont le plus développés ; on en trouve trois, qui sont de dehors en dedans :

1° La *membrana fenestrata*, déjà décrite par l'auteur en 1863, située immédiatement en dedans des noyaux des cônes et des bâtonnets ;

2° La *membrana perforata*, dont les éléments ont été regardés par quelques-uns comme nerveux ;

3° Le *stratum lacunosum* (ces deux dernières couches faisant partie de la couche granuleuse interne des auteurs.)

Chez les oiseaux, la membrane perforée fait défaut.

Chez les mammifères, c'est au contraire le stratum lacunosum qui manque.

La membrane fenêtrée est constituée chez la brebis par un réseau de cellules multipolaires. En dedans de cette membrane se trouvent çà et là, formant une couche discontinue, de grosses cellules qui sont pour l'auteur les représentants des éléments de la membrane perforée des poissons ; ces cellules, Krause les a décrites jadis comme cellules unipolaires de la couche granuleuse interne ; mais Dogiel leur a reconnu plusieurs prolongements et les a nommées cellules multipolaires de la couche granuleuse, sans résoudre la question de savoir si elles sont connectives ou nerveuses.

Un second fait, établi par Krause, est l'étroite connexion qui lie le système de soutien des fibres de Müller aux cônes et aux bâtonnets (ancienne opinion de Müller et Kölliker). A ce sujet les points suivants peuvent être établis :

1° Il n'y a pas de plexus nerveux intermédiaire (plexus basal de Ranvier) à sa place une « membrana fenestrata ».

2° Les fibres de Müller émettent des filaments (prétendues fibres de cônes et de bâtonnets) qui se mettent en relation avec un noyau de cône ou de bâtonnet.

3° La membrane fenêtrée est un intermédiaire entre les parties du système de soutien en deçà et les parties du même système situées au delà d'elle-même.

Pour Krause donc, les fibres radiées qui s'étendent au delà de la membrane fenêtrée dans la couche granuleuse externe sont apparemment des dépendances du système de Müller ; mais, en y regardant de près, on voit que ce ne sont que les corps cellulaires desséchés et amincis des cellules épithéliales rétiniennes, analogues par là et par leurs cils devenus des cônes et des bâtonnets aux cellules épithéliales du névraxe. Krause termine son mémoire par l'exposé de quelques recherches histogéniques et par l'analyse des travaux de Löwe et de Koganeï.

III. — Le ganglion rétinien est formé de trois couches de cellules, qui sont, en procédant de dedans en dehors : 1° *la couche des spongioblastes*, cellules unipolaires ; 2° *la couche des cellules bipolaires*, lesquelles émettent un prolongement central et en outre un ou plusieurs prolongements périphériques Dans ce dernier cas l'un des prolongements est plus épais que les autres, et il aboutit au pied d'une cellule de cône ; les autres courent d'abord tangentiellement dans le plexus basal, pour se terminer dans le pied des cellules de bâtonnet ; 3° *la couche des cellules multipolaires*, qui consiste en une série de cellules assez espacées qui pénètrent plus ou moins (par un tiers de leur épaisseur généralement) dans le plexus basal (cellules basales internes de Ranvier). Les prolongements de ces cellules sont horizontaux, et il en est un, plus épais, qui, vu de profil, paraît sur la cellule comme une ligne sombre (analogue à une crête d'empreinte).

Sont-ce là des cellules nerveuses ou bien des cellules de soutien?

Dans le plexus basal, l'auteur ne peut constater la présence de la membrane fenêtrée de Krause; il regarde celle-ci comme n'étant autre chose que la couche des cellules multipolaires.

Les cellules visuelles ont un corps cellulaire partagé en deux parties par le noyau. La partie interne constitue le pied de la cellule. Le *pied de la cellule de bâtonnet* arrivé sur la face externe du plexus basal s'épaissit en un renflement en forme de clou. Chaque clou porte à sa base un petit amas brillant qui reçoit un ou deux filaments et ceux-ci ne sont autre chose que les prolongements des cellules bipolaires. Les *pieds de cônes* s'appuient sur le plexus basal en s'élargissant et présentent eux aussi un amas granuleux brillant d'où sortent de nombreux filaments qui dérivent du prolongement principal épais d'une cellule bipolaire.

Donc, le prolongement périphérique de chaque cellule nerveuse bipolaire se partage en plusieurs rameaux; le plus épais se met en relation avec *une* cellule de cône; les autres se réduisent en fins filaments qui entrent en rapport avec *plusieurs* cellules de bâtonnet. (Ce schéma est celui de Schwalbe et Kühne et s'oppose à celui de Merkel, pour qui il existe deux espèces de cellules bipolaires : les unes à prolongement simple en relation avec *un* cône; les autres à prolongements multiples en rapport avec *plusieurs* bâtonnets.) — L'amas grenu et brillant enfoui dans le pied des cellules de cônes et de bâtonnets est le lieu de terminaison nerveuse. A. NICOLAS.

Ueber die Vertheilung der motorischen Nervenendapparate in der quergestreiften Muskeln der Wirbelthiere (Sur la répartition des appareils moteurs terminaux dans les muscles striés des vertébrés), par G. SANDMANN (*Archiv f. Anat. u. Phys., p.* 240, 1885).

D'après W. Krause (1869-1876), chaque faisceau musculaire ne possède qu'une seule terminaison nerveuse; d'après Kühne (1871), un faisceau primitif peut recevoir en différents points de son trajet plusieurs terminaisons motrices. Cohnheim (1863), Tschirjew (1878) et Bremer ont soutenu une opinion analogue à celle de Kühne. Cette contradiction ne peut tenir, aux yeux de l'auteur, qu'à l'imperfection des méthodes et son premier soin a été d'en trouver une satisfaisante. Il a obtenu les meilleurs résultats de l'emploi de l'acide sulfureux. Le muscle est divisé parallèlement à sa longueur en masses très minces et abandonné en macération dans la solution d'acide sulfureux pendant 1 à 8 jours. — On le lave à l'eau distillée et on l'y fait bouillir 3 ou 4 fois au-dessus de la lampe à alcool en le laissant refroidir chaque fois après chaque bouillon. Les plus simples manœuvres dissocient alors le muscle dans ses faisceaux primitifs. On reconnaît très facilement la striation et les noyaux musculaires : les terminaisons nerveuses sont intactes; on les étudie ensuite au moyen de l'acide picrique, du nitrate d'argent et surtout du chlorure d'or.

L'examen a montré que les muscles de grenouille tels que le sartorius, le muscle cutaneus femoris, muscles monomères, reçoivent souvent dans chacun de leurs faisceaux primitifs jusqu'à 5 et 6 terminaisons nerveuses. — Le gastrocnémien et le droit de l'abdomen n'en reçoivent qu'une seule. — Les muscles des animaux à sang chaud, par exemple les

muscles fémoraux du lapin et du rat, le muscle sartorius du chien sont dans le même cas.

La seconde question que Sandmann s'est proposé de résoudre est la suivante : Les nerfs que reçoit un faisceau musculaire viennent-ils d'un seul et même faisceau nerveux primitif ou de plusieurs faisceaux primitifs différents ? Les travaux d'Engelmann (1863) et de Kühne (1882) n'ont pas décidé ce point. — Eckhard, Peyer, Ferrier et Yeo, Forgues et Lannegrâce ont soutenu que l'appareil nerveux d'un muscle ne présentait point d'unité : par exemple, le sartorius de la grenouille recevrait son innervation des 7e, 8e et 9e paires rachidiennes. — On sait, entre autres détails utiles à la solution du problème, que le muscle cucullaris du chien reçoit son innervation de deux points différents du névraxe, et, comme chaque faisceau musculaire n'a qu'une terminaison, il faut bien que chacun ait sa voie d'excitation nerveuse bien isolée. Quant aux muscles qui reçoivent plusieurs terminaisons, la méthode consistera à sectionner une paire rachidienne, et, après avoir attendu la dégénération pendant un temps suffisant, de rechercher s'il y a sur un faisceau primitif des terminaisons intactes mêlées à des terminaisons dégénérées. Ce n'est point le cas. Presque toujours les terminaisons sont atteintes toutes ensemble ou conservées toutes ensemble. — Cependant l'auteur a rencontré à l'état exceptionnel deux terminaisons saines à côté de deux terminaisons quelquefois altérées sur le même faisceau. Et ceci suffit à ses yeux pour affirmer qu'un même faisceau musculaire peut être innervé par deux centres différents.

DASTRE.

Terminaisons nerveuses dans les cellules pariétales des glandes pepsinifères de l'estomac, par NAVALICHIN (*Archives slaves de biologie*, *t. I*, *p.* 82).

Des fragments d'estomac d'un chien soumis au jeûne, traités par le bichromate d'ammoniaque, en solution à 5 0/0, fournissent, par dissociation, des préparations dans lesquelles on voit des cellules pariétales, dont le protoplasma renferme, outre le noyau, 1 à 5 granulations homogènes colorées en jaune. Langley les a décrites comme corps pepsinogènes sous le nom de « mésostats » et l'auteur les considère comme étant les organes terminaux de fibres nerveuses. — En effet, sur une coupe de muqueuse traitée par le bichromate d'ammoniaque, puis par le chlorure d'or, il a vu un filament émané d'un fascicule nerveux perforer la tunique propre de la glande, pénétrer à l'intérieur d'une cellule pariétale et se terminer dans une des susdites granulations.

A. NICOLAS.

Beobachtungen ueber die Function der Prostata u. s. w. (**Observations sur la fonction de la prostate et la production des concrétions prostatiques**), **par H. STILLING** (*Arch. f. path. An. u. Phys. XCVIII*, *Heft* 1, *p.* 1).

L'auteur étudie les cellules prostatiques comparativement sur des lapins tués, les uns après avoir été privés de femelles depuis un certain temps, les autres aussitôt après le coït. Dans ce dernier cas, les cellules épithéliales de la prostate sont plus courtes, plus larges et plus claires, leurs limites sont plus accusées. Leurs noyaux sont gros, ronds, clairs et granuleux. Le protoplasma des cellules ne prend plus, par l'acide osmique, une coloration noire, il ne contient plus qu'un petit nombre de fines granulations colorables par ce réactif. Dans les vésicules séminales,

l'auteur observe également des modifications. Le contenu ordinaire de ces vésicules, formé de débris cellulaires subissant les dégénérations graisseuse, granuleuse ou hyaline, disparaît à la suite du coït. Les cellules du revêtement épithélial sont plus grosses, leurs noyaux plus clairs. Les villosités et les papilles qui supportent ces cellules sont comme turgides, on y rencontre des capillaires bien manifestes. Quant à la fonction exacte de la prostate, l'auteur ne peut dire à quoi sert le mélange du liquide prostatique au fluide testiculaire.

Dans un second chapitre, il étudie les concrétions observées chez des sujets âgés. Dans certains cas, il trouve au centre de ces concrétions des amas granuleux dans lesquels on peut reconnaître des cellules présentant surtout la dégénération hyaline. Ces concrétions, presque noires chez les gens âgés, se rencontrent aussi chez les jeunes sujets; leur coloration est alors plus claire. Elles commencent à se former de très bonne heure. On peut rencontrer à l'intérieur des conduits excréteurs de la prostate de grandes cellules présentant de petites masses hyalines, parfois offrant une stratification qui rappelle celle que l'on voit sur les concrétions plus volumineuses. Il semble donc que dans certains cas les concrétions commencent à se former à l'intérieur des cellules ; mises en liberté à la suite de la destruction de celles-ci, elles se développeraient progressivement. L'iode colore en bleu les parties les plus anciennes des concrétions, les parties jeunes se colorent à peine en jaune; l'auteur pense, avec Recklinghausen, que l'hyaline qu'elles contiennent se transforme à la longue en matière amylacée.

L'auteur se demande si l'augmentation de volume des concrétions n'est pas dû à la faiblesse du courant du liquide prostatique, et si les contractions des fibres lisses des parois des canaux excréteurs sont insuffisantes à expulser les concrétions. Or, très fréquemment, ces fibres lisses sont dégénérées ; le fait avait d'ailleurs été déjà signalé par Kölliker. Elles subissent surtout la dégénérescence hyaline. Cette substance hyaline se trouve tantôt au centre du protoplasma, tantôt à sa périphérie. L'auteur pense que cette dégénérescence hyaline des fibres lisses peut être comparée à la dégénérescence cireuse décrite par Zenker dans les fibres striées. Cette altération n'est pas due à une maladie ayant causé la mort des sujets examinés, ou à une modification cadavérique, Stilling a pu l'observer sur des individus morts d'accident. Cet état des fibres lisses paraît dépendre de la fonction même de la glande, on le voit surtout à l'âge moyen de la vie, il est moins marqué chez l'enfant et le vieillard. Stilling croit pouvoir rapprocher cette altération de la myxangite hyaline de Recklinghausen. Il ne pense pas cependant que cette altération des fibres lisses puisse avoir une grande influence sur la production des concrétions prostatiques. Il n'a pu avoir de renseignements suffisants pour savoir si la blennorragie favorisait le développement de ces calculs.

P. GALLOIS.

Venengeflechten und Muskeln im vorderen Abschnitt des weiblichen Dammes (Des plexus veineux et des muscles du périnée de la femme), par TSCHAUSSOW (*Archiv f. Anat. u. Phys.*, *Heft* 5 *et* 6, 1885).

Le plexus urétro-vésical est particulièrement développé au niveau de la partie antérieure et des parties latérales du canal de l'urètre et du

col de la vessie; il communique au moyen de courts vaisseaux anastomotiques avec le plexus utéro-vaginal. Ce même plexus utéro-vaginal est relié au plexus hémorroïdal par des anastomoses qu'on observe dans la région rectale inférieure.

Le muscle bulbocaverneux est un compresseur de la glande de Bartholin et du corps caverneux de l'urètre. Le muscle sphincter du vagin, généralement peu développé, est recouvert par les parties latérales du corps caverneux de l'urètre. Le muscle sphincter de l'urètre n'est complètement développé qu'au niveau de la partie supérieure du canal de l'urètre; les couches les plus internes de ce muscle sont constituées par des fibres lisses circulaires.

Le muscle de Wilson, le muscle transverse de l'urètre, le muscle transverse du vagin n'existent pas. ASSAKY.

Ueber die Foveola Coccygea, par O. MADELUNG (*Centralbl. f. Chirurgie*, n° 44, *p.* 761, 1885).

On trouve parfois au voisinage de la pointe du coccyx un orifice semblable à celui d'une fistule. Le trajet, qui fait suite à cet orifice, ne conduit pas sur les os; il ne donne pas issue à du pus; il n'est nullement pathologique, mais peut donner lieu à des erreurs de diagnostic. C'est ainsi que cet orifice trouvé chez des malades atteints d'eczéma de la région anale a pu faire croire à une véritable fistule. Dans d'autres cas, au moment de l'accouchement, cet orifice anormal a pu être pris pour l'anus, tandis que l'anus était pris pour la vulve.

Ecker, Hyrtl, Luschka, Lawson Tait ont déjà étudié cette dépression. Ecker l'a appelée « Foveola coccygea. »

Vers le milieu de la vie fœtale, on trouve dans la région des dernières vertèbres sacrées et des premières coccygiennes un point où la peau est plus fine, plus riche en vaisseaux et dépourvue de poils, *Glabella coccygea*. C'est au niveau de ce point que se forme une petite dépression qui devient la « foveola coccygea. » Il n'est pas rare de la rencontrer chez les nouveau-nés. Elle est alors distante de l'anus de 15 millimètres à 2 centimètres; sur quelques centaines de femmes adultes, Lawson Tait l'a trouvée 22 fois 0/0 légèrement indiquée, 23 fois 0/0 très marquée. Ecker l'a trouvée 16 fois sur 88 sujets. Il est fréquent de la trouver très développée chez plusieurs membres de la même famille.

Ecker considère la « glabella » comme une sorte de fontanelle inférieure; la fovea serait réunie à la pointe du coccyx par un ligament solide, et la dépression se formerait par suite d'une courbure exagérée du sacrum et du coccyx. DELBET.

Die Entwicklung der Spermatozoïden (Développement des spermatozoïdes), par D. BIONDI (*Archiv für mikroskopische Anatomie, Band XXV, Heft* 4, 1885).

L'examen de testicules d'animaux divers (taureau, rat, grenouille, triton) jeunes ou adultes, permet à l'auteur de conclure qu'il n'existe qu'*une* sorte d'élément primordial; la cellule séminale ou cellule souche (Stammzelle). La formation des spermatozoïdes se fait en deux temps. Dans *un premier*, la cellule souche donne naissance par karyokinèse, à des cellules mères qui elles-mêmes engendrent des cellules filles

Ces éléments dérivés d'une seule cellule souche sont disposés en colonnes radiaires. Dans le deuxième temps, les spermatozoïdes se forment aux dépens des cellules filles d'abord, des cellules mères ensuite et quelfois même (rat) de la cellule souche. Presque toujours, du reste, c'est aux dépens de cellules filles, puisqu'elles sont le dernier terme de la division des cellules souches et mères. Les trois parties du spermatozoïde proviennent du noyau et *seulement* de sa partie chromatique. Le reste du noyau et de la cellule non employé va former une sorte de substance intercellulaire qui englobe les faisceaux de zoospermes. Biondi déclare, et c'est là le point essentiel, que les cellules épithéliales de Sertoli, cellules de soutien de Merkel et Henle, spermatoblastes de v. Ebner n'existent pas en tant qu'unités histologiques. Les aspects décrits sous ces noms résultent précisément de la présence de ces résidus cellulaires dans lesquels les faisceaux de spermatozoïdes plus ou moins développés sont enfouis. Quand ces transformations sont achevées, l'expulsion des spermatozoïdes se fait par le fait de l'expansion des colonnes cellulaires adjacentes qui tendent, par suite de leur développement, à occuper plus de place. Il s'opère une nouvelle génération aux dépens d'une cellule souche d'une colonne voisine et le cycle continue.

La cellule souche correspond au noyau de la cellule de soutien de Merkel, cellule fixe de Sertoli, spermatogonie de La Valette Saint-Georges.

Les cellules mères sont: les cellules séminifères de Sertoli, Merkel et La Valette Saint-Georges.

Enfin les cellulles filles représenteraient : les nématoblastes de Sertoli, Merkel, spermatoblastes de v. Ebner, spermatogemme de La Valette Saint-Georges, qui, nous le répétons, n'existent pas pour Biondi. A. NICOLAS.

De l'étude des filets sympathiques par la méthode de l'or, par COURRENT et GUIBERT (*Gaz. hebd. de Montpellier*, *août* 1885).

Un fragment du sympathique abdominal (lapin, chien) est placé pendant dix minutes environ dans le jus de citron préalablement filtré. On lave à l'eau distillée et on soumet à l'action d'une solution au 100e de chlorure double d'or et de potassium pendant 15 minutes. Un second lavage est effectué et le fragment est placé dans l'acide formique à 20 0/0 pendant 24 heures à l'obscurité. Après ce laps de temps, le fragment présente une belle couleur violette.

L'action du chlorure d'or peut aussi se constater sur les ganglions sympathiques. On place le ganglion non encore durci successivement dans le jus de citron, le chlorure d'or, l'acide formique, et on le laisse séjourner dans chacun de ces réactifs le temps ordinaire et qui a été fixé plus haut. On fait ensuite durcir le ganglion, en le plongeant d'abord dans l'alcool, où il doit séjourner au moins huit jours, puis dans le mélange suivant : gomme 40 ; glycérine 30 ; eau 100 ; où on le laisse pendant 4 à 5 jours. Après ce temps, lorsque le ganglion présente une consistance convenable, il est placé à l'étuve à une température douce et on le retire quand il est sec pour faire les coupes. On peut gagner du temps en faisant d'abord durcir le ganglion où on fait des coupes et l'on colore celles-ci au moyen du chlorure d'or. Les coupes étant très minces n'exigent que peu de temps pour que l'action des réactifs colorants

puisse s'exercer. C'est ainsi que Courrent et Guibert ne laissaient pas leurs préparations plus de deux minutes dans le jus de citron, sept minutes dans le chlorure d'or et trois heures dans l'acide formique.

A. MOSSÉ.

PHYSIOLOGIE.

Note sur les mouvements du cerveau de l'homme, par Léon FREDERICQ (*Archives de biologie*, *t. VI*, *fasc. I*, 1885).

Les recherches de l'auteur ont été faites sur un jeune garçon de dix ans et demi, atteint de perte de substance des os du crâne à la suite d'un accident récent. On apercevait le cerveau à nu sur une assez large surface ; il était animé de battements très marqués ; à chaque pulsation la surface cérébrale se soulevait brusquement, restait pendant quelque temps dans cet état, puis s'affaissait, pour se relever immédiatement après. L'explorateur à coquille de Marey, revêtu d'une feuille de caoutchouc mince, fut appliqué au niveau de la plaie, et l'on inscrivit sur un même cylindre le pouls cérébral et le pouls radial ; la pulsation radiale retarde de 5/100e de seconde environ sur la pulsation cérébrale.

Le pouls cérébral présente une forme entièrement différente de celle du pouls radial. On y distingue une ligne d'ascension presque verticale, un plateau fort étendu présentant plusieurs sommets et enfin une ligne de descente un peu moins raide que celle de l'ascension ; il appartient au type du pouls tricuspide de Mosso. Ce pouls correspond à la première variété du pouls tricuspide du chien, résultant d'une exagération de l'ondulation directe. C'est à peu près l'interprétation que Mosso, Burckhardt et Mays ont donné de leurs graphiques du pouls tricuspide de l'homme. Fredericq n'a pu observer chez son sujet l'influence de la pulsation veineuse, les mouvements du cœur étant trop rapides (105 à 108 par minute).

F. HENNEGUY.

Recherches sur la respiration et la circulation. — La courbe pléthysmographique du cerveau du chien, par Léon FREDERICQ (*Arch. de biologie*, *t. VI*, *fasc. I*, 1885).

L'auteur s'est servi pour ses recherches d'un pléthysmographe très simple ; il se compose d'un bout de tube de verre, large de 16 millimètres et long de 47 millimètres, dont l'extrémité inférieure, destinée à s'enchâsser hermétiquement dans le trou du trépan, est garnie extérieurement d'un anneau de caoutchouc. L'extrémité supérieure est fermée par un bouchon traversé par un tube de verre étroit en relation avec un tambour à levier de Marey. Pour diminuer l'espace nuisible de l'appareil, on remplit de paraffine fondue la plus grande partie du gros tube de verre en ne laissant libre que son extrémité inférieure ainsi que celle du petit tube.

La courbe pléthysmographique du cerveau exprime à chaque instant

la différence entre l'entrée et la sortie du sang de la cavité céphalo-rachidienne ; elle ne correspond pas nécessairement aux variations pulsatiles dans le diamètre des vaisseaux artériels ; elle présente des oscillations cardiaques, respiratoires et vaso-motrices.

La pulsation cardiaque se propage au cerveau à la fois par les artères et par les veines ; le tracé du pouls cérébral montre des ondulations d'origine artérielle et des ondulations d'origine veineuse.

Les ondulations d'origine artérielle comprennent : 1° une ondulation correspondant à la pulsation principale de la carotide, sur laquelle elle ne retarde que de 1/100ᵉ de seconde. Cette ondulation peut se dédoubler et même se décomposer en trois sommets ; 2° une ondulation dicrote présentant son sommet 25/100ᵉ de seconde après la première ; 3° une ondulation élastique. Le début de la contraction ventriculaire avance de 10/100ᵉ de seconde environ sur le début de la première ondulation.

Les ondulations d'origine veineuse ne comprennent généralement qu'une ondulation correspondant au pouls veineux positif des jugulaires et à la systole auriculaire. L'ondulation persiste tandis que les ondulations artérielles disparaissent, quand on provoque l'inertie des ventricules, les oreillettes continuant à battre. L'ondulation veineuse se propage plus lentement que les deux premières ondulations artérielles. La fin de la systole auriculaire et le début de l'ondée aortique sont séparées, au niveau du cœur, par un intervalle appréciable. Au niveau du cerveau, cet intervalle a disparu ; le début de la pulsation artérielle a rattrapé la fin de la pulsation veineuse.

L'importance de la pulsation veineuse du cerveau est très variable ; on ne la retrouve pas quand les pulsations sont très rapides (section des pneumogastriques); d'autre fois son importance équivaut à celle de l'ondulation artérielle directe ; il en résulte alors une variété de pouls tricuspide, assez fréquente chez le chien.

La pulsation veineuse peut être précédée d'une partie ascendante du graphique, correspondant à la répétition progressive de l'oreillette droite et des veines jugulaires et rachidiennes, pendant la diastole auriculaire. La pulsation directe peut être suivie d'une dépression correspondant au pouls négatif des jugulaires.

Le tracé cérébral représente une combinaison du tracé de la pulsation des jugulaires avec celui de la pulsation des carotides. Les recherches de Fredericq confirment celles de Riegel, Gottwalt et François Franck sur la réalité de la pulsation veineuse normale.

L'auteur a trouvé chez le chien des variétés très nombreuses de pouls cérébral, dépendant en grande partie de l'influence respective de l'influence artérielle. Cette importance respective est des plus variables d'un animal à l'autre, et varie aussi suivant les conditions de l'expérience.

Le tracé cérébral présente au moins trois formes différentes de pouls tricuspide chez le chien. La première forme du pouls résulte d'un dédoublement de la pulsation artérielle principale ; la deuxième résulte de l'exagération de la pulsation veineuse ; la troisième forme résulte de l'exagération de l'ondulation élastique.

L'affaissement inspiratoire du cerveau est dû principalement à l'aspiration veineuse vers le thorax. Chez le chien, l'influence artérielle tend à faire gonfler le cerveau pendant l'inspiration ; cette influence est

d'ordinaire masquée par celle des veines. Si l'on inscrit le graphique cérébral pendant l'empoisonnement par l'atropine, on constate au contraire que le cerveau s'affaisse régulièrement et notablement à chaque inspiration ; la section des pneumogastriques, la saignée ou la fièvre produisent le même effet.

Lorsqu'on ouvre largement la poitrine de l'animal, on n'observe plus l'affaissement du tracé cérébral pendant l'inspiration. La suppression brusque de l'aspiration thoracique fait monter le graphique cérébral.

Les oscillations cérébrales dues à la respiration peuvent se grouper en larges ondulations d'une durée plus longue (5 à 2 par minute). L'auteur les a observées quelquefois et les attribue à des ondulations vaso-motrices. F. HENNEGUY.

Recherches expérimentales et critiques sur l'excitabilité des hémisphères cérébraux, par François FRANCK et A. PITRES (*Archives de physiologie*, 1er *janvier et* 15 *février* 1885).

La substance grise corticale de la zone motrice est excitable. Tous les effets qu'on observe à la suite de l'électrisation de la surface des circonvolutions motrices ne peuvent pas s'expliquer par la transmission physique des courants à travers ses éléments par la stimulation indirecte des faisceaux blancs sous-jacents. L'écorce retarde, élabore et modifie les excitations. Son intervention active est démontrée, en particulier, par les formes toutes spéciales du tétanos cortico-musculaire et par l'explosion des accès convulsifs épileptiformes qui ne s'observent jamais à la suite des excitations de la substance blanche sous-jacente. Mais cela ne prouve pas que l'écorce soit seule excitable. Au-dessous d'elle et en dehors d'elle, il existe d'autres centres nerveux dont l'intervention active est nécessaire à la production des mouvements.

En réalité, l'appareil nerveux qui préside aux fonctions motrices n'est exclusivement renfermé ni dans le cerveau, ni dans la moelle. Il est constitué par des centres superposés, reliés entre eux par des fibres conductrices, et dans une certaine mesure solidaires les uns des autres, bien que chacun des organes de cet appareil compliqué ait son rôle distinct et sa fonction spéciale. A. GILBERT.

Note on the nature of nerve-force (Note sur la nature de la force nerveuse), par H.-P. BOWDITCH (*The Journal of Physiol., vol. IV, p.* 133).

La transmission du stimulus se fait le long du nerf sans perte d'intensité. Il y a épuisement du nerf par la continuation de l'excitation. A propos de ce dernier fait, Bernstein a exécuté l'expérience suivante : Il prépara deux nerfs avec leur muscle : au premier, il applique un courant tétanisant et il observe le tétanos musculaire : au second, il applique le même courant interrompu et plus près du muscle il fait passer un courant constant. Celui-ci reste au repos. Après quelque temps, le premier nerf-muscle est épuisé : le second a conservé son excitabilité : car, si l'on supprime le courant constant interposé, il entre en tétanos. Il y a dans cette expérience une cause d'erreur : c'est que l'ouverture du courant constant longtemps prolongé peut lui-même produire un tétanos (tétanos d'ouverture). Il faut de cinq à quinze minutes d'excitation tétanique pour épuiser le nerf. Wedinskii (1884) a répété l'expérience de

Bernstein en faisant usage d'un courant polarisant faible à changement de direction fréquent, ce qui permet d'éviter le tétanos d'ouverture; et il n'est point parvenu à constater l'épuisement du nerf, même après six heures d'excitation tétanique ininterrompue. L'ouverture du courant constant donnait lieu encore à une contraction; mais celle-ci était produite par le courant tétanisant placé plus haut puisqu'elle disparaissait lorsque celui-ci n'existait pas. On peut alors se demander si le nerf est susceptible de fatigue et, s'il ne l'est point, la force nerveuse ne saurait être assimilée à la mise en liberté d'une énergie potentielle, mais à une force vive sensible ou vibratoire. Bowditch opère sur un chat éthérisé; on sectionne le sciatique et on dispose le bout inférieur sur un excitateur plongé dans les tissus : on dispose le muscle tibial antérieur pour l'inscription myographique; on détermine l'intensité minima nécessaire pour produire une contraction tétanique, et qui correspond par exemple à une distance de 30 à 35 centimètres entre les bobines du chariot Du Bois Reymond. L'animal est curarisé jusqu'à paralysie et soumis à la respiration artificielle. L'excitation électrique est maintenue pendant une heure et demie à deux heures, après quoi, par suite de l'élimination, on observe des secousses de temps à autre; mais pas de véritable tétanos. En injectant une nouvelle dose, on peut faire durer l'excitation pendant quatre heures et le nerf n'est nullement épuisé, le muscle commençant à se contracter dès que le poison s'élimine. Les résultats comme ceux de Wedenskii tendent donc à faire assimiler la conduction nerveuse à la conduction électrique sans transformation d'énergie potentielle en effets chimiques ou calorifiques.

DASTRE.

Ueber Wärme-Kälte-und Druckpunkte (Sur les points de chaleur, de froid et de pression), par GOLDSCHEIDER (*Archiv für Anat. und Phys.*, p. 340, 1885).

Helmholtz a donné à la loi de Müller une interprétation d'après laquelle chaque faisceau primitif n'est capable de recevoir qu'une seule espèce d'excitation et de servir à une seule sensation. Une difficulté souvent débattue est de savoir si la sensation de douleur met en action le même appareil nerveux que les sensations de contact et de pression. Le fait de l'analgésie plaide pour une différence spécifique des appareils nerveux : de même le fait que les organes viscéraux peuvent être le point de départ de sensations douloureuses mais non de sensations de pression. D'autre part, il est difficile de concevoir qu'il y ait des appareils nerveux qui n'entrent en activité que dans des conditions pathologiques. E. H. Weber n'accepte qu'un seul appareil nerveux pour les sensations de pression et de température. Magnus Blix a démontré que les points capables de recevoir la sensation de froid étaient distincts de ceux qui correspondent à la sensation de chaleur. Les points de température sont anatomiquement constants. Les points calorifiques sont moins nombreux que les points frigorifiques. L'excitation mécanique de ces points provoque une sensation thermique : de même les excitations par les courants induits. Le point thermique n'est sensible ni au contact ni à la douleur. Cette analgésie subsiste pour tous les excitants qui provoquent la douleur. Les points thermiques représentent ainsi des lacunes dans le champ sensible de la peau. Ces faits détruisent la théorie de Hering qui

admettait un appareil unique pour le sens thermique. Il ne peut plus être question de la hauteur absolue de la température propre de la peau. Il s'agit seulement de l'élévation ou de l'abaissement de la température propre d'un appareil nerveux — cette élévation étant tout à fait indépendante du degré thermique absolu — l'abaissement excite les nerfs frigorifiques ; l'élévation excite les nerfs calorifiques. Une même température objective peut exciter ici les nerfs calorifiques, là les nerfs frigorifiques. Ces sensations présentent une certaine persistance et une tendance à la diminution de l'excitabilité pour des excitations nouvelles. Cette diminution de l'irritabilité peut se produire pour les moindres changements de la température propre des nerfs. Il y a pour les sensations thermiques une faculté de localisation remarquable : l'appréciation est encore possible à 1 millimètre de distance.

En recherchant les points de la peau sensibles à la pression, on trouve que quelques-uns sont remarquablement impressionnables pour les excitations légères. Ces points, comme les points thermiques rayonnent à partir des centres pileux et forment des sortes de chaînes. Les points d'une même chaîne ont des relations anatomiques plus étroites que ceux de chaînes diverses. Goldscheider distingue, en conséquence, des nerfs de sensibilité générale pour toute la surface cutanée ; des nerfs spécifiques pour la pression qui se terminent dans les points de pression. Les deux espèces seraient impressionnables par le chatouillement et par la douleur.

DASTRE.

I. — Zur Methodik der Sensibilitätsprüfung besonders der Temperatursinnsprüfung. (Examen de la sensibilité et en particulier de la sensibilité thermique), par EULENBURG (*Zeitschrift für klinische Medicin, Band IX, Heft* 2, *p.* 174-193).

II. — Ueber die Spaltung des Temperatur-Sinnes in zwei gesonderte Sinne. (Dédoublement du sens de la température en deux sens distincts), par A. HERZEN (*Archiv für die gesammte Physiologie, Band XXXVIII, p.* 93-103).

I. — 1° *Examen de la sensibilité générale.* — L'usage du compas de Weber, pour cet examen, est depuis longtemps classique. Cependant les dernières recherches de Goldscheider sur les « points de pression » ont fait connaître une cause importante d'erreur. Si les deux pointes portent par hasard sur un des points de pression, la distance nécessaire à la sensation double diminuera considérablement. Elle sera, dans quelques régions, de moins d'un millimètre.

L'existence de ces points de pression peut également influer sur l'appréciation de la différence minimum entre deux pressions données. Ce mode d'exploration mérite cependant d'être conservé. Eulenburg se sert de ressorts développant une pression de 100 à 850 grammes. Il faut, pour produire la sensation de différence, des écarts variant de 1/40 à 1/10 du poids total. Il a pu, grâce à ces appareils, vérifier que la loi de Fechner, (la sensation croît proportionnellement au logarithme de l'excitation) cessait d'être exacte pour les pressions trop petites ou trop grandes.

2° *Examen de la sensibilité thermique.* — Au moyen d'un appareil de son invention, Eulenburg recherche la sensation minimum de froid, puis la sensation minimum de chaleur.

Les chiffres qu'il a obtenus présentent des différences considérables suivant les régions. Le résultat le plus général est que la sensibilité à la chaleur est loin d'être toujours proportionnelle à la sensibilité au froid. Les régions ordinairement découvertes sont celles qui apprécient les différences minima. Mais il faut noter que ce sont elles qui donnent le moins vite les sensations thermiques douloureuses. Au point de vue des différences de région, Eulenburg signale en particulier la sensibilité exquise du genou comparé aux parties voisines et la sensibilité très obtuse de la pointe de la langue.

Eulenburg tend à admettre avec Goldscheider qu'il y a des points thermiques analogues aux points de pression. L'existence de ces points se démontre facilement au moyen d'un petit cylindre de laiton qu'on échauffe ou qu'on refroidit. La sensibilité de ces points, soit à la chaleur, soit au froid, est exquise. Elle est au contraire très faible pour les autres excitations comme on peut s'en assurer en faisant passer un courant électrique par le cylindre. Leur nombre est très variable suivant les régions. Il semble que plus la température initiale de la région est élevée, plus on trouve de points thermiques réagissant. Dans les procédés ordinaires où les instruments employés ont une large surface de contact, on n'a donc que la résultante de l'action sur un certain nombre de points thermiques. M. DEBOVE.

II. — Si l'on comprime le sciatique chez l'homme, (s'asseoir sur une chaise n'offrant que le cadre du siège), on produit l'engourdissement et l'insensibilité de la jambe correspondante. Dans ces conditions, la sensibilité tactile disparaît la première, très peu de temps après la sensibilité au froid. La sensibilité au chaud et la sensibilité douloureuse persistent longtemps après et disparaissent presque en même temps; la sensibilité à la douleur persiste le plus longtemps.

Herzen démontre par l'observation clinique et par la vivisection que les impressions de froid sont conduites au cerveau par les cordons postérieurs de la moelle; c'est également la voie par laquelle les impressions purement tactiles remontent vers l'encéphale.

Chez trois malades, la sensibilité tactile et la sensibilité au froid se trouvaient abolies complètement dans les membres inférieurs : les sensations de douleur et de chaud étaient intactes. L'autopsie ne fut faite que dans l'un des cas : la substance grise et les cordons antérieurs de la moelle étaient intacts sur toute leur longueur. Les cordons postérieurs et une partie des cordons latéraux étaient altérés au niveau de la région dorsale et inférieure.

Chez le chat et le chien, la section des cordons postérieurs de la moelle abolit la sensibilité cutanée et la sensibilité au froid, alors que la sensibilité au chaud et la sensibilité à la douleur sont conservées. La destruction du gyrus sigmoïde contient donc probablement les centres qui président aux sensations de tact proprement dit et de froid.

Herzen termine son travail en signalant quelques faits qui se rattachent aux points de froid et points de chaud, découverts par Blix et dont l'existence a été confirmée par Eulenburg et Goldscheider. La surface du gland du pénis de l'homme est dépourvue de points de froid, c'est-à-dire insensible aux impressions de froid. Les points de froid sont fort peu nombreux à la surface du prépuce, tandis que la sensibilité tactile

y est très développée. Les points de froid sont très nombreux à la surface des paupières. LÉON FREDERICQ.

Zur Lehre von der Druckempfindungen (A propos des sensations de pression), par BLASCHKO (*Archiv für Anat. und Phys., p.* 349, 1885).

Les poils follets possèdent une supériorité marquée sur les points voisins, quant à la sensibilité tactile. Cette sensibilité dépend d'ailleurs de la direction dans laquelle l'effort de pression s'exerce : elle est maximum pour une direction perpendiculaire au plan du poil, la sensation étant produite par un mouvement du poil contre la papille. Il y a une *surface tactile papillaire*, par exemple à la face palmaire de la main, à la plante du pied, aux doigts et orteils, aux lèvres, à la langue, à la muqueuse pharyngienne qui sert au tact direct et il y a une *surface tactile ciliaire* servant indirectement au tact et étendue dans les autres régions. C'est une analogie entre le toucher et la vue, la surface tactile papillaire pouvant être comparée à la macula lutea où les bâtonnets (comparés aux poils) font défaut. La surface visuelle indirecte est mieux appropriée à l'appréciation des mouvements, la surface visuelle directe à l'appréciation de la nature des corps dans l'espace. L'auteur fait des réserves sur les interprétations de Blix et Goldscheider relativement aux *points de pression.* DASTRE.

Excitation du pneumogastrique chez le lapin empoisonné par l'acide carbonique, par Léon FREDERICQ (*Archives de biologie, IV, fasc. IV*, 1884).

Les physiologistes qui se sont occupés des effets de l'excitation du bout central du pneumogastrique sur les mouvements respiratoires du lapin et du chien sont arrivés à des résultats peu concordants. Pour les uns, il se produit dans ce cas un arrêt de la respiration en expiration, pour les autres on obtient soit un tétanos réflexe du diaphragme, soit une série de mouvements d'inspiration.

L'auteur a déjà montré que l'hydrate de chloral paralyse les fibres d'inspiration du pneumogastrique, et que chez les animaux chloralisés l'excitation du bout central du pneumogastrique est constamment suivie d'un arrêt de la respiration en expiration. Il en est de même pour les animaux dont le bulbe a été refroidi.

Fredericq a trouvé que l'empoisonnement par l'acide carbonique, quand il est poussé suffisamment loin, produit exactement les mêmes effets sur la respiration que l'empoisonnement par le chloral. L'expérience a été répétée un assez grand nombre de fois en prenant les précautions voulues pour mettre hors de cause le nerf laryngé supérieur. F. H.

Ueber electrische Reizung des Herzens, par O. LANGENDORFF (*Archiv für Anat und Phys., p.* 285, 1885).

L'auteur vérifie d'abord l'observation de Dastre (1882), à savoir que les excitations du cœur entier, qu'elles soient efficaces ou inefficaces, c'est-à-dire déterminant ou non une contraction, peuvent être suivies les unes aussi bien que les autres d'une pause ou repos manifeste. Il l'interprète de même, en constatant que cette pause ne saurait traduire un repos compensateur ou réparateur. Il s'assure de la même manière que ce

repos prétendu compensateur fait défaut lorsque l'on excite, non plus le cœur entier, mais la pointe du cœur, c'est-à-dire le muscle pur; et il conclut de même que ce phénomène est dû à l'appareil ganglionnaire. Cette pause n'est pas supprimée par l'emploi de l'atropine qui paralyse l'appareil modérateur; elle ne serait donc pas due à cet appareil. Enfin, et c'est là la seule observation propre à Langendorff, il arriverait fréquemment que la contraction qui succède immédiatement à la pause serait plus ample et plus forte que les autres. DASTRE.

Recording the influence of the organic constituents of the blood on the contractility of the ventricle (Influence des constituants organiques du sang sur la contractilité du ventricule), par Sydney RINGER (*The Journal of Physiology vol. VI, n° 6, p.* 361).

Kronecker, *Martius* et *von Ott* (1881-1882) ont soutenu que le cœur de la grenouille cessait de se contracter lorsqu'il cessait d'être en contact avec un liquide nourricier albumineux. *Merunowicz* regarde la dissolution des cendres du sang incinéré comme un liquide favorable, et *Gaule* attribue cette propriété aux carbonates alcalins. S. Ringer a constitué des liquides salins avec les chlorures de sodium, de potassium, de calcium, le phosphate de chaux, le bicarbonate de soude, etc., qui étaient capables d'entretenir les contractions cardiaques quelquefois au delà de vingt-quatre heures. — Il admet cependant, avec Kronecker, que l'addition de faibles quantités de sérum accroît considérablement l'efficacité de ces solutions salines. Il montre que le sérum débarrassé par dialyse de ses sels alcalins et terreux n'est plus capable d'entretenir les contractions cardiaques, tandis que le liquide dialysé y est très apte. La dialyse enlève à peu près complètement les sels de potassium et de sodium, mais laisse subsister les sels de calcium. Quant au sérum sanguin, d'après Kronecker, Martius et Ott, il devrait sa vertu uniquement à l'albumine et non aux autres substances, albuminoïdes ou hydro-carbonées, qui y sont contenues. — Le blanc d'œuf est un adjuvant utile; de même le lait; la gélatine est dans le même cas, mais un peu moins efficace. DASTRE.

Expériences relatives à la suspension de l'action modératrice du nerf pneumogastrique sur le cœur, par E. GLEY (*Comptes rendus de la Société de biologie*, 1er *août* 1885).

Gley a recherché ce que devient l'action modératrice du pneumogastrique sur un cœur déjà ralenti. Ses expériences ont porté sur des lapins refroidis, dont la température était tombée à 22° environ et dont le cœur ne battait plus que 35 à 60 fois par minute. Sur de semblables animaux, l'excitation du bout périphérique du pneumogastrique ne produit aucun effet sur le cœur. Si l'on réchauffe les animaux, le cœur reprend son rythme, et l'action modératrice du pneumogastrique s'exerce de nouveau. Ces recherches confirment les faits observés déjà par François Franck.

L'auteur pense qu'on peut expliquer le résultat qu'il a obtenu, si l'on admet que l'état de l'organe étant profondément modifié dans le sens même de l'action nerveuse qui, quand elle s'exerce, met cet organe dans les conditions dans lesquelles on le met artificiellement, l'action nerveuse dont il s'agit ne peut plus s'exercer. F. H.

Beitrag zur Kenntniss des Pulses und des Herzstosses (Contribution à la connaissance du pouls et du choc du cœur), par S. TALMA (*Archiv für die gesammte Physiologie, Band XXXVII, p.* 607-617).

Talma inscrit simultanément, chez le chien, le tracé de la pulsation ventriculaire, au moyen d'une sonde cardiographique, et celui du pouls de la crurale au moyen de son tonomètre. En superposant les deux graphiques de manière à faire coïncider leurs débuts, il constate que la pulsation dicrote du tracé artériel correspond, non à la fin de la systole ventriculaire et à la fermeture des valvules sigmoïdes de l'aorte, comme on l'admet généralement, mais tombe en pleine systole ventriculaire. Il en conclut que l'*ondulation dicrote* ou *rebondissement du pouls* de Marey (*Rückstosselevation* de Landois, — *erster Schliessungsgipfel* de Moens) fait encore partie de ce que Marey appelle le *plateau systolique* de la pulsation artérielle. Il propose de l'appeler *grande élévation* (*grosse Elevation*) du tracé sphygmographique. La petite ondulation qui suit fréquemment l'ondulation dicrote dans les tracés sphygmographiques correspond pour Talma à la fermeture des valvules sigmoïdes : il propose de l'appeler *élévation semilunaire* (*Semilunarelevation*). Il appelle élévations mitrales (*Mitralelevationen*) les petites ondulations qui précèdent souvent l'ondulation dicrote (oscillation désignée par la lettre S dans les travaux de Moens, Heynsius, Mosso, etc.).

Dans le raisonnement qu'il fonde sur la comparaison de ses graphiques, Talma paraît ne pas tenir compte du retard qui existe entre le début de la systole du ventricule et la pénétration du sang dans l'aorte. Ce retard est employé par le ventricule à atteindre le degré de pression intérieure suffisant pour vaincre la pression du sang dans l'aorte. La première partie du tracé du ventricule ne peut donc être identifiée avec la première partie du tracé de l'artère.

Le reste de l'intéressant travail de Talma est consacré à l'étude du graphique du choc du cœur. Il serait difficile de l'analyser sans reproduire les figures qui l'accompagnent. Nous renverrons donc les lecteurs au mémoire original.

L. FREDERICQ.

An attempt to estimate the gaseous interchange of the frog's heart by means of the spectroscope (Essai pour apprécier les échanges gazeux du cœur de grenouille au moyen du spectroscope), par Gerald F. YEO (*The Journal of Physiology, vol. VI, p.* 93).

On discute encore sur la nature des échanges gazeux qui accompagnent la contraction. Sczelkow (1862) trouva une augmentation de l'O absorbé et de CO^2 excrété ; Ludwig et A. Schmidt (1868) déclarèrent que l'augmentation d'O absorbé n'est qu'un phénomène accessoire et sans nécessité ; le quotient $\frac{CO^2}{O}$ ne subit point en passant du repos à l'action de variation constante.

Minot, sous la direction de Ludwig (1876), conteste même l'accroissement de CO^2 et déclare que CO^2 n'est pas un produit nécessaire de la destruction matérielle du muscle. Les mesures générales faites sur l'organisme au repos et en activité musculaire ne sont pas concluantes parce que l'exercice s'accompagne de modifications circulatoires et res-

piratoires qui changent la condition de tous les organes. Toutefois, l'accroissement de CO^2 semble une vérité : celui de l'O est moins certain. Gerald Yeo a voulu trancher cette question pour le cœur en pratiquant la circulation artificielle d'un liquide contenant de l'oxyhémoglobine, capable de fournir l'O au muscle cardiaque. L'appareil à perfusion de Kronecker est mis en rapport avec l'appareil manométrique enregistreur. Le cœur est dans une cuve à faces parallèles et l'on peut examiner au spectroscope à travers ses parois la solution d'hémoglobine qui y est contenue. Or cette solution d'hémoglobine se réduit spontanément.

Déjà en 1863, Nawrocki avait montré cette disparition d'O aux températures ordinaires en moins de vingt-quatre heures; Hoppe-Seyler (1866) l'avait signalée dans le sang chauffé. Il en est de même pour le sang dilué, conservé à l'abri de l'oxygène : il est réduit en quinze à vingt-cinq heures. Et si ce sang est extrait depuis un jour il est réduit en deux ou trois heures : s'il est extrait depuis six jours il est réduit en deux à cinq minutes. La cause de cette réduction tient à une production de substances réductrices, liées ou non au processus de putréfaction. L'addition de phénol arrête ce phénomène d'autoréduction.

Quoi qu'il en soit, cette réduction du sang frais s'opère avec une très grande régularité, et elle s'opère beaucoup plus rapidement dans le cœur vivant au repos (6 fois plus vite) et 60 fois plus vite dans le cœur en action. La consommation d'O par le muscle vivant est ainsi mise en lumière. — Cette consommation d'O est considérable et elle n'est point due, comme l'avait pensé Hermann (1867) pour les muscles séparés du corps, à un commencement de décomposition. Elle est due à l'action vitale et s'exalte considérablement par le fonctionnement. Des élévations thermiques assez faibles déterminent un accroissement considérable de l'O absorbé pendant le repos, mais elles modifient peu la consommation due aux contractions. La privation prolongée d'O détermine une perte irréparable de l'excitabilité musculaire. DASTRE.

Untersuchungen über den Stoffwechsel isolirten Organe. Ein Respirations apparat für isolirte Organe. Stoffwechsel des Muskels (Recherches sur les échanges matériels des organes isolés. Appareil respiratoire pour les organes isolés. Échanges matériels du muscle), par von FREY et M. GRUBER (*Archiv für Anat. und Phys., p.* 519, 1885).

Ludwig et *Schmidt* (1868) ont analysé le gaz du sang circulant artificiellement dans un organe donné. *Bunge, Schmideberg, Schröder* ont fait circuler dans un organe une quantité déterminée de sang qui était ramenée, après chaque passage, à l'état de sang artériel. Mais les recherches de *Minot* (1876) ont montré que les produits de décomposition dépendaient de la teneur en gaz du liquide circulatoire. Celles de *Meyer* et *Walter* ont montré que la teneur en gaz dépend des substances libres dans la liqueur. Les causes d'imperfection dans les méthodes en usage ont déterminé les auteurs du présent mémoire à rechercher un procédé qui en fût à l'abri. Il fallait pour cela interposer sur le trajet du sang circulant artificiellement un appareil analogue au poumon, permettant l'absorption d'O et l'exhalation de CO_2, en un mot, un poumon artificiel. Ce résultat est obtenu par l'emploi d'un appareil très compliqué dans lequel se trouvent utilisées quelques-unes des dispositions de *Re-*

gnault et *Reiset*. Des dispositifs spéciaux permettent de maintenir la température constante et de provoquer la circulation du sang. L'appréciation de l'O consommé et de l'acide CO^2 produit se fait comme dans l'appareil de Regnault et Reiset.

Von Frey s'est servi de cet appareil pour l'étude des échanges matériels du muscle. L'ensemble des muscles de la partie inférieure du tronc et du train postérieur d'un chien étaient soumis à la circulation artificielle. La préparation ne contient, en outre des muscles, qu'une petite portion du gros intestin et les organes du petit bassin. On fixe d'abord la dépense en oxygène du muscle au repos ; puis la consommation d'O du muscle excité. Les mêmes déterminations sont faites pour l'acide carbonique. Enfin, l'on fixe les proportions de l'acide lactique. DASTRE.

I. — Plethysmographie and vaso-motor experiments with frogs (Expériences pléthysmographiques et vaso-motrices sur la grenouille), par F.-W. ELLIS.

II. — Some vaso-motor functions of the spinal nerves in the frog (Fonctions vaso-motrices des nerfs spinaux de la grenouille), par Horscraft WATERS (*The Journal of Physiology, vol. VI, p.* 437 *et* 460).

I. — Ellis a construit un pléthysmographe assez simple pour étudier la circulation dans la patte de la grenouille, et répéter sur cet animal, commodément, les expériences qui se font sur les animaux à sang chaud. Ces expériences aboutissent naturellement à la constatation de l'existence d'un système vaso-dilatateur aussi bien que d'un système vaso-constricteur chez la grenouille, ces mécanismes étant d'ailleurs moins énergiques que chez les mammifères. L'emploi de courants forts d'un rythme lent appliqués au sciatique a fourni des dilatations incontestables. Les courants rapidement interrompus ont donné des constrictions. La stimulation totale restant constante (intensité, durée, nombre), la tendance à la contraction s'accroît avec le nombre des chocs d'induction à la seconde. L'effet des chocs d'induction est cumulatif.

II. — Horscraft Waters, sous la direction de Ludwig, s'est proposé de savoir si la distribution des vaso-moteurs le long du canal alimentaire avait quelque relation avec la distribution en paires rachidiennes. Il dispose la grenouille de manière à pouvoir exciter successivement chaque paire rachidienne de la troisième à la huitième et à observer en même temps l'intestin. L'excitation de la troisième paire détermine des mouvements péristaltiques limités à l'œsophage, accompagnés d'une constriction vasculaire. La quatrième paire provoque sous l'action de courants faibles une constriction des vaisseaux de l'estomac. Avec la cinquième paire il y a une action péristaltique très faible, une constriction vasculaire nette dans la portion supérieure de l'intestin grêle. Le sixième nerf fait contracter les vaisseaux des deux tiers inférieurs de l'intestin grêle. Pour le gros intestin, c'est la septième paire qui intervient. Les résultats n'ont pas été nets lorsque l'on a excité la huitième paire. En résumé, chaque segment d'intestin est, au point de vue vaso constricteur, sous la dépendance de nerfs spinaux distincts et déterminés. DASTRE.

Zur Physiologie der Bogengänge (Physiologie des canaux semi-circulaires), par B. BAGINSKY (*Archiv für Anat. und Phys., p.* 253, 1884).

Les mouvements oscillaires de la tête provoqués par Flourens en lésant les canaux semi-circulaires ont donné lieu à des interprétations variées. On les a attribués aux lésions des branches vestibulaires de l'acoustique. Quant à la nature de cette lésion, c'est pour les uns une paralysie, pour d'autres une excitation. Baginsky a écarté ces deux explications et attribué les phénomènes à une lésion cérébrale, celle-ci étant rendue possible par les relations qui existent entre le labyrinthe et l'espace subdural au moyen des aqueducs du limaçon et du vestibule et par le voisinage du cervelet. L'expérimentation physiologique et la pathologie démontrent que la paralysie du nerf acoustique doit être mise hors de cause. Hogyes a attribué à l'excitation ou à l'épuisement de la surface du labyrinthe les mouvements oscillatoires, aussi bien que le nystagmus et il a cherché à rendre plausible une relation entre le mécanisme de l'association des mouvements oculaires et l'action des nerfs vestibulaires. Il a détruit la paroi labyrinthique et constaté que les irritations de cette partie non plus que les injections de liquide dans la caisse du tympan ne provoquaient plus le désordre des mouvements. Baginsky répète ces expériences : il signale l'extrême difficulté ou l'impossibilité d'atteindre sûrement, en pénétrant par la fosse mastoïdienne les parties isolées du labyrinthe pour les exciter et les enlever partiellement; il conteste enfin les résultats et les attribue à une action exercée sur les centres nerveux voisins, où se produisent des hémorragies et des contusions capables de rendre compte des troubles observés. Chez le chien, on peut, en ouvrant la bulle tympanique, atteindre facilement le labyrinthe. On laisse se dissiper les phénomènes de la narcose et lorsque l'animal est réveillé, on brise le labyrinthe avec un poinçon. Le plus souvent l'on n'observe aucun trouble oculaire ou moteur. Le labyrinthe était rempli de sang. D'autres fois, on observait un nystagmus bilatéral, un roulement d'yeux ininterrompu, avec rétrécissement pupillaire, insensibilité de la cornée du côté opéré et immobilité de la paupière supérieure; les animaux tombaient sur ce côté et se relevaient difficilement. Ils montraient des mouvements oscillatoires violents; un moment après, des mouvements de rotation en manège ou autour de leur axe longitudinal. Tous ces phénomènes s'accompagnaient quelquefois d'un écoulement de salive filante ou de mucus nasal. Au bout de deux heures, les animaux avaient repris leur équilibre et se déplaçaient péniblement dans la chambre. L'autopsie pratiquée immédiatement n'a quelquefois démontré aucune lésion cérébrale. D'autres fois, les animaux ont survécu : les phénomènes signalés se reproduisant de temps à autre, l'œil du côté opéré étant tourné en bas, l'autre tourné vers le haut. En somme, on observe une grande variété dans les phénomènes. L'hypothèse d'une excitation des rameaux acoustiques comme cause de ces faits est peu compatible avec leur absence dans certains cas et leur extrême variété dans d'autres. *Mendel* (1884) a soumis des chiens à une rotation rapide pendant quelques minutes, et obtenu exactement les mêmes phénomènes de déséquilibration optique et somatique, phénomènes passagers dus à des modifications hydrostatiques et hydro-

dynamiques de l'encéphale et qui se reproduisaient chez des chiens préalablement rendus sourds. Il n'est donc pas besoin d'une lésion matérielle de l'encéphale, mais seulement d'un trouble circulatoire ou hydrodynamique. C'est probablement ce qui se passe dans les expériences sur le labyrinthe : soit que l'écoulement du liquide cérébro-spinal ou les modifications circulatoires aient été le point de départ de ces troubles. *Betcherew* a sectionné le nerf acoustique à l'intérieur du crâne, à l'entrée du trou auditif interne, et observé des phénomènes analogues à ceux de la section des canaux semi-circulaires. Baginsky repousse ces expériences comme obscures, en ce que, à la lésion principale, viennent s'ajouter fatalement des contusions et des hémorragies de la substance cérébrale. DASTRE.

Wie die Muschel ihre Schale öffnet (Comment la moule ouvre-t-elle sa coquille ?) par Joh. PAWLOW (*Archiv für die gesammte Physiologie, Band XXXVII, p.* 6).

Les expériences de Pawlow ont été faites sur les muscles adducteurs des valves de la moule d'étang (Anodonta cygnea); elles ont fourni des résultats intéressant vivement la physiologie générale des muscles et des nerfs. Voici comment l'auteur formule ses conclusions.

Les deux muscles adducteurs reçoivent chacun deux catégories de filets nerveux, les uns moteurs présidant à la contraction et au raccourcissement du muscle, les autres antagonistes des précédents, que l'on pourrait appeler arrestateurs et qui ont pour action de suspendre la contraction du muscle et de provoquer son relâchement. Ces deux catégories de nerfs jouent vis-à-vis des muscles adducteurs un rôle analogue à celui que les vaso-constricteurs et les vaso-dilatateurs jouent vis-vis des muscles lisses des vaisseaux. L. F.

On the physiology of the salivary secretion, par J. LANGLEY (*The Journal of Physiology, vol. VI, p.* 71).

Lorsque la corde du tympan a été coupée il se produit un écoulement de salive sous-maxillaire qui continue lentement. C'est la « sécrétion paralytique » de Cl. Bernard (1864). On n'en connaît pas le mécanisme. Langley a repris la question dès l'année 1877. En expérimentant sur le chat, il a constaté que trois jours après la section de la corde du tympan, il y avait sécrétion continuelle d'une salive aqueuse plus abondante du côté du nerf coupé (salive paralytique) que du nerf intact (salive anti-paralytique ou antilytique). L'apnée arrête ces deux sécrétions ; la dyspnée les accroît l'une et l'autre, et l'une plus que l'autre. Cette sécrétion paralytique avant et après dyspnée est due à une excitation qui arrive à la glande par les fibres sympathiques; car, lorsqu'on les a coupées sur la carotide externe, ces phénomènes n'ont plus lieu. La sécrétion asphyxique est diminuée légèrement par la section de la corde du tympan, considérablement par la section du sympathique, en sorte qu'elle résulte en réalité de stimulations qui arrivent à la glande par ces deux voies inégalement. Chez le chien, Heidenhain a vu que la stimulation du sympathique accélère la sécrétion paralytique et lui conserve son caractère aqueux qui n'est plus celui de la véritable salive sympathique. C'est là sans

doute un effet vaso-moteur accessoire. Chez le chat, la sécrétion obtenue par la pilocarpine après section de la corde est plus visqueuse que la sécrétion normale. Le chloroforme les arrête. Langley pense qu'il y a un centre salivaire qui est rendu plus excitable par la section de la corde du tympan et qui transmet ses excitations à la glande par le sympathique. La sécrétion paralytique serait donc une sécrétion sympathique. Voilà ce qui se passe dans la première période.

Dans la seconde période les centres intra-glandulaires eux-mêmes sont atteints comme le centre cérébro-spinal et alors la section des fibres qui relient la glande au centre cérébro-spinal ne supprime plus le phénomène. Après quelque temps le centre cérébro-spinal salivaire revient à son état normal : le centre local devient moins excitable. En moins de trois mois la corde du tympan s'est régénérée et a repris ses fonctions. Les caractères de la sécrétion sympathique ne sont point altérés essentiellement par la section de la corde : visqueuse chez le chien, aqueuse chez le chat. La portion périphérique de la corde du tympan dégénère très lentement : après treize jours elle a conservé encore son pouvoir excito-sécrétoire. Après six semaines de section la pilocarpine détermine encore une hypersécrétion abondante. Pendant la sécrétion paralytique les cellules glandulaires diminuent de volume et ont l'apparence du repos. Chez le lapin l'ablation du ganglion cervical supérieur a peu ou point d'effet sur le volume et l'apparence des cellules glandulaires. DASTRE.

I. — Ueber gährungsunfähige reducirende Substanzen im Blute (Existe-t-il dans le sang des substances réductrices, non susceptibles de fermentation ?), par J. SEEGEN (*Archiv für die gesammte Physiologie, Band XXXVII, p.* 369-374)

II. — Ueber Zucker im Blute mit Rücksicht auf Ernährung (Influence de l'alimentation sur la quantité de sucre contenue dans le sang), par J. SEEGEN (*Ibidem, Band XXXVII, p.* 348-368).

III. — Die physiologische Grundlage für die Theorie des Diabetes mellitus (Les faits physiologiques et la pathogénie du diabète), par J. SEEGEN (*Zeitschrift für klinische Medicin, Band VIII, Heft 4, p.* 328-363).

I. — Si l'on fait des titrages comparatifs de sucre dans le sang, par fermentation en présence de la levure et par réduction de la liqueur cupro-potassique, on obtient généralement par réduction un chiffre plus élevé que par fermentation. J. Otto avait expliqué cette différence en admettant que le sang contient, outre la glycose, d'autres substances réductrices non susceptibles de fermentation. Le liquide qui a subi la fermentation réduit en effet encore la liqueur cupro-potassique.

Seegen combat cette manière de voir. D'après lui, des titrages de sucre exécutés dans plusieurs échantillons d'un même sang, au moyen de la liqueur de Fehling, au moyen de la fermentation par la levure et au moyen du polarimètre, peuvent donner des résultats suffisamment concordants. La substance réductrice du sang est formée exclusivement (ou presque exclusivement) de dextrose ou sucre de raisin (sucre de diabète). Pour obtenir cette concordance, il est nécessaire de poursuivre la fermentation pendant plusieurs semaines. En effet, les solutions diluées de sucre provenant du sang fermentent avec une lenteur excessive; en outre, la fermentation peut s'arrêter alors qu'il existe encore de la dex-

trose en solution. Ces faits expliquent suffisamment la faible proportion de sucre indiquée par la fermentation, quand celle-ci n'est poursuivie que pendant deux ou trois jours.

II. — La plupart des physiologistes admettent, avec Cl. Bernard, que le sucre du sang est formé dans le foie par transformation du glycogène hépatique. Seegen a combattu cette opinion; pour lui, le sucre du sang se forme bien dans le foie, mais non aux dépens de glycogène. La destruction ou la formation du glycogène hépatique sont des phénomènes qui se déroulent côte à côte dans le tissu du foie, sans qu'il y ait entre eux les relations étroites admises généralement. Dans le présent travail, Seegen publie une série de dosages de sucre dans le sang de la carotide, de la veine porte et des veines sushépatiques chez des chiens soumis, les uns à une longue abstinence (10 jours), les autres nourris avec de la fécule, du sucre, ou un mélange de sucre et de dextrine. Pour le dosage du sucre dans le sang, Seegen recommande vivement de précipiter les matières albuminoïdes par l'acétate de fer. On obtient ainsi un liquide absolument clair, dans lequel on effectue le titrage du sucre avec la plus grande précision.

Le tableau suivant reproduit les moyennes trouvées par Seegen :

GENRE D'ALIMENTATION.	SUCRE DU SANG			SOMME des hydrates de carbone du foie.
	Carotide.	Veine porte.	Veines sushépatiques.	
Animal à jeun...........	°/o 0.157	°/o 0.147	°/o 0.260	°/o 2.5
Fécule..................	0.150	0.144	0.261	6.7
Sucre....................	0.165	0.186	0.265	9.9
Dextrine et sucre........	0.176	0.256	0.320	10.4

Dans toutes ces expériences, le sang des veines sushépatiques contient plus de sucre que le sang de la veine porte. La différence en plus constatée dans le sang des veines sushépatiques représente la quantité formée dans le foie.

La formation du sucre dans le foie n'est pas interrompue par un jeûne prolongé; elle n'est pas exagérée par une alimentation riche en hydrates de carbure : c'est donc une fonction qui ne présente aucun rapport direct avec la richesse de l'alimentation en hydrocarbonés, et le sucre du sang ne peut être considéré comme provenant de celui de l'alimentation (en passant par l'intermédiaire du glycogène hépatique). LÉON FREDERICQ.

III. — 1° *La matière glycogène.* Parmi les diabétiques, les uns semblent fabriquer leur sucre aux dépens des matières albuminoïdes de leur organisme, les autres aux dépens des matières féculentes qui existent dans leurs aliments. Malgré la différence des symptômes observés chez ces deux classes de malades, la matière glycogène formée dans les deux cas s'est montrée identique.

En étudiant l'action des ferments, l'auteur constata que la transforma-

tion de la matière glycogène commençait immédiatement, qu'elle se faisait directement sans formation d'un produit intermédiaire, la dextrine, enfin qu'elle n'était jamais totale.

La glycose obtenue dans cette transformation a réduit moins que la glycose ordinaire la liqueur cupropotassique. Son pouvoir réducteur n'est par rapport à celui de la glycose que de 60 à 68 0/0. Par contre elle agit davantage sur la lumière polarisée et la déviation atteint 120 à 140°. Dastre avait déjà signalé le fait et proposé le nom de *dextrose* pour caractériser cette glycose particulière. Mais il n'est pas prouvé que les produits intermédiaires fassent totalement défaut. Quoi qu'il en soit, Seegen propose de donner à ces sucres qu'il regarde comme d'une classe tout à fait spéciale, le nom de sucres de ferment (Fermentzucker).

2° *Différence du sucre de foie et des sucres de ferment.* Le sucre retiré par dialyse du foie ne diffère pas de la glycose ordinaire ; il se comporte de même vis-à-vis de la liqueur cupropotassique et de la lumière polarisée. Ce sucre ne peut donc être considéré comme un sucre de ferment; son mode de formation dans le foie ne peut être regardé comme analogue au mode de formation du sucre dans les végétations. Seegen rejette sur ce point l'opinion de Claude Bernard.

D'ailleurs, il n'admet pas non plus l'existence du ferment dans le foie. En essayant d'extraire ce ferment par la glycérine, on n'obtient qu'une solution peu active, infiniment moins puissante que la salive et le suc pancréatique. On peut immerger des morceaux de foie dans l'eau bouillante, les plonger dans une solution d'acide salicylique, la production du sucre n'en continue pas moins.

Le tissu hépatique ne possède qu'un faible pouvoir diastasique. Mais ce pouvoir se retrouve dans toutes les matières albuminoïdes solubles, albumines de l'œuf et du sérum, caséine, etc. La fibrine, étant insoluble, n'agit pas. Le tissu musculaire et surtout la substance cérébrale bouillie possèdent, à cet égard, une activité remarquable.

Enfin, Seegen ne croit pas que le sucre du foie soit entièrement formé aux dépens de la matière glycogène. Ses expériences lui ont montré que les variations des deux substances étaient indépendantes. Après la mort, le sucre continue à se former dans le foie; sa quantité augmente, mais sans que la matière glycogène diminue proportionnellement. Sauf chez le lapin, ce n'est jamais qu'au bout de 24 heures que la diminution commence. Or à ce moment le sucre est presque entièrement formé ; on peut admettre qu'on trouve déjà 80 à 90 0/0 de la quantité totale qui prendra naissance dans le foie.

Comme résultat accessoire de ces expériences, Seegen fait remarquer que la production du sucre est bien un phénomène physiologique. Elle est liée à la persistance de la vie des cellules hépatiques et disparaît à mesure que cette vie s'éteint. Immédiatement après la mort, avant la production de toute modification cadavérique on trouve toujours du sucre dans le foie. La quantité de ce sucre est remarquablement constante (0,4 à 0,6 0/0) ; l'espèce, la condition de santé, la nourriture antérieure de l'animal ne la modifient pas sensiblement.

3° *Origine du sucre du foie.* Admettant que le sucre de foie ne se forme pas aux dépens de la matière glycogène, quelle est donc son origine ? Seegen croit la trouver dans les peptones.

Chez presque tous les animaux auxquels on administra des peptones, soit dans la nourriture, soit par injections intra-veineuses, la quantité de sucre trouvée dans le foie dépassa la moyenne normale. L'augmentation fut souvent du double. En plaçant un morceau de foie dans une solution de peptone, la quantité de sucre formée est de 70 0/0 supérieure à celle d'un morceau de foie placé dans de l'eau ordinaire, circonstance qui comporte une tout autre explication dans la théorie ordinaire.

4° *Importance de la fonction glycogénique.* Dans un dernier groupe d'expériences, Seegen a cherché ce qui se passait après l'ablation du foie. L'opération est grave et les expériences pleines de difficultés. Malgré ces difficultés les résultats obtenus furent toujours identiques ; il y eut diminution constante du sucre dans le sang. (Voy. *R. S. M.* XXV, 24.)

M. DEBOVE.

La peau humaine intacte absorbe-t-elle les substances médicamenteuses contenues dans les solutions aqueuses pulvérisées ? par Pierre FEODOROW (*Thèse de médecine de Saint-Pétersbourg*, 1885).

L'auteur expérimente avec l'iodure de potassium et le chlorure de lithium. La recherche de l'iode dans les urines était faite par le procédé de Fleischer (coloration rose pâle avec le sulfure de carbone), celle du lithium au spectroscope ; et de ses recherches, il conclut que la peau humaine normale et intacte n'absorbe pas les substances médicamenteuses fixes, en solutions aqueuses, quelles que soient la concentration de la solution, la température et la force de projection du jet. A. N.

Application de la méthode graphique à quelques points de la physiologie du gros intestin, par ROUCH (*Thèse de Montpellier*, n° 2, 1885).

L'auteur s'est proposé d'étudier divers points de la physiologie du gros intestin.

Il a tenté sur lui-même des expériences qui n'étaient pas sans quelque danger, car elles ont déterminé des hémorragies assez abondantes.

Voici les conclusions principales de son travail :

Le gros intestin, comme les divers organes contenus dans les cavités viscérales, est soumis à des variations passives de pression qui dépendent des forces respiratoires. Le sens de la pression varie suivant le type de la respiration (costale, diaphragmatique).

Le gros intestin, à l'état normal, présente comme l'intestin grêle des contractions. Rarement isolées, ces contractions se reproduisent un certain nombre de fois sous un certain rythme, en séries séparées par une période d'inactivité. Elles varient, dans un même point de l'intestin, en force et en durée. Dans leur généralité, elles sont beaucoup plus rapides dans le cœcum (1 à 2 minutes) et plus lentes dans le rectum (3 à 4 minutes) où elles ont aussi beaucoup moins de force, sauf au moment de la défécation.

L'antipéristaltisme n'existe pas à l'état normal, c'est une fonction pathologique ; cependant, les contractions, de bas en haut, peuvent se produire dans le cas de résistance au besoin de défécation.

Diverses causes (excitation du pneumogastrique, muscarine, compression de l'aorte, hémorragies, etc.) peuvent amener directement ou indi-

rectement des contractions intestinales. L'eau n'agit que comme moyen thermique. Les différentes espèces de purgatifs drastiques n'agissent pas de la même façon sur la tunique musculaire de l'intestin. Quant aux purgatifs salins, ils ne provoquent pas de contractions, ils n'agissent que par la turgescence qu'ils produisent et par irritation catarrhale. La péritonite, le chloroforme amènent la paralysie.

La colique est une douleur qui coïncide toujours avec une contraction des organes à fibres lisses et en suit toutes les phases. Son intensité relative est en rapport avec la force de pression développée par la contraction au moment où on observe. La douleur, dans la colique intestinale, n'est un peu marquée que quand la pression atteint 6 à 10 millimètres Hg ; le maximum de la pression développée par les contractions de la colique est de 6 à 7 centimètres Hg et correspond à une douleur très violente.

Le mécanisme de la défécation et le rôle des muscles qui interviennent aux différents temps de cet acte physiologique ont été également étudiés avec soin par Rouch, ainsi que l'intensité et le résultat des efforts qui se produisent pendant cet acte. « Le maximum de l'effort a été trouvé de 19 centimètres de Hg, mais si l'on tient compte du déplacement du zéro, il s'élève à 20 ou 21 centimètres Hg. »

Le gros intestin est très dilatable ; sa capacité sous 2 mètres de pression d'eau peut atteindre 6 à 700 centimètres. La dilatabilité de l'intestin paraît vite atteindre son maximum. Elle n'est pas en progression arithmétique avec les pressions que l'on fait successivement agir. L'ampoule rectale se dilate plus rapidement que le côlon, mais celui-ci est la partie la plus dilatable relativement à son diamètre. Les fibres musculaires se laissent très facilement distendre. Les sphincters lisses (sphincters supérieurs) disparaissent rapidement sous de faibles pressions.

Le gros intestin oppose une grande résistance à la rupture. Quand elle s'opère, c'est principalement au niveau du cœcum et de l'ampoule rectale. Elle se fait chez le chien entre 35 et 40 centimètres Hg.

La résistance est due uniquement à sa muqueuse ; celle-ci rompue, les fibres musculaires n'opposent aucune résistance. On peut même dénuder la muqueuse sans que la rupture s'opère nécessairement en ce point. La distension qui a produit la rupture produit aussi des éraillures longitudinales de la muqueuse. A. MOSSÉ.

On the nature of glomerular activity in the kidney (Nature de l'activité des glomérules du rein), par J. G. ADAMI (*The Journal of Physiology, vol. VI, p.* 382).

Nussbaum (1878) a montré qu'il y a dans les poissons, les batraciens et les ophidiens une double circulation sanguine pour le rein. Bowmann avait constaté le fait chez le Boa Constrictor. Ce double système est composé d'abord d'un groupe d'artères rénales destinées aux glomérules ; en second lieu, de la veine rénale afférente ou veine porte rénale et des veines lombaires. Ces vaisseaux simultanément avec les *vasa efferentia* venant des glomérules forment le réseau capillaire des tubes urinifères. Il peut y avoir des branches des artères rénales qui se jettent dans le réseau capillaire des tubuli; toutefois, d'après Nussbaum, lorsqu'on lie les artères rénales, la circulation dans les glomérules s'arrête

complètement; de là un moyen d'apprécier chez ces animaux les lieux où se sécrètent les différents constituants normaux et anormaux de l'urine. Lorsque les artères sont liées, les peptones, l'albumine d'œuf et le carminate d'ammoniaque acide injectés dans le sang ne se retrouvent plus dans l'urine, tandis qu'ils y passaient avant la ligature : l'urée au contraire y apparaît encore. Les premières substances, d'après Nussbaum, sont excrétées par les glomérules; l'urée, au contraire, par les tubuli. Adami a repris ces expériences en les étendant à une série d'autres substances. Mais le point de départ même de Nussbaum, à savoir que la ligature artérielle arrête la circulation dans les glomérules, n'a pu être vérifié et l'auteur ne le considère point comme exact. — Il a pratiqué la ligature des artères par une méthode plus parfaite que celle de Nussbaum et il s'est assuré que les injections poussées par la veine abdominale antérieure pénétraient parfaitement dans les glomérules de la partie moyenne du rein. Le résultat de Nussbaum et ses conclusions sont donc seulement approchés et non pas rigoureusement exacts. — Quoi qu'il en soit, après la ligature la vessie reste vide et l'écoulement de l'urine est arrêté : la sécrétion est quelquefois si complètement arrêtée que c'est à peine si en quelques jours l'on peut recueillir une goutte d'urine. Dans d'autres cas la sécrétion se rétablit progressivement. L'injection d'urée dans les vaisseaux détermine une hypersécrétion qui se continue pendant plusieurs jours.

Ribbert (1879), Posner (1880), Bridges Adams (1880) et Oertel ont montré que le passage de l'albumine se faisait à travers les glomérules. — La méthode consistait à produire une hémoglobinurie par injection de sang laqué et glycérine, d'eau et d'éther et à saisir le rein par l'eau bouillante. L'examen montre un ménisque albumineux entre la capsule de Müller et le glomérule. On peut produire le phénomène chez la grenouille, par injection de sang laqué; on constate de même l'existence de ménisques albumineux : la même constatation est encore possible après la ligature des artères rénales. On voit ainsi que quelques glomérules tout au moins ont conservé leur activité et que la sécrétion y a été conservée. Ludwig (1863) a assuré que la structure des glomérules s'opposait au reflux sanguin des *vasa efferentia* vers l'artère rénale. Cependant, chez la grenouille, les glomérules peuvent être injectés dans ce sens par un liquide poussé dans la veine cave inférieure.

Adami a voulu vérifier si ces résultats étaient applicables aux animaux supérieurs. Cl. Bernard a montré que la section de la moelle dans la région cervicale suspendait la sécrétion rénale et abaissait la pression artérielle. Un chien est préparé de cette façon. Au bout de 5 minutes la sécrétion urinaire s'arrête : on injecte 20 à 30 centimètres cubes de sang laqué; la sécrétion ne se produit pas, la pression reste basse. On sacrifie l'animal : le rein sectionné est jeté dans l'eau bouillante pendant 30 secondes, puis placé dans l'alcool absolu.

L'observation microscopique a prouvé que dans toutes les expériences de ce genre il y avait eu hémoglobinurie et que les capsules des glomérules contenaient un ménisque brun granuleux. Cette expérience semble prouver que l'activité glomérulaire ne se réduit pas à un rôle de filtration dominé par la pression sanguine, mais qu'elle a un rôle vraiment sécrétoire. On peut fortifier cette conclusion en comparant la quantité d'hémoglobine qui a passé ainsi dans la capsule de Müller et l'urine avec

celle qui a passé dans les vaisseaux lymphatiques, et avec celle qui est restée dans le sang. Si l'urine est plus concentrée en hémoglobine dissoute que le sang lui-même, il est peu vraisemblable que la théorie de la filtration de Ludwig soit exacte. Or, une détermination d'hémoglobine faite dans des volumes égaux de lymphe, de sérum sanguin et d'urine a fourni les nombres 1, 40, 13,8. Le résultat est général et il s'exprime en disant que l'urine est plus riche en hémoglobine que le plasma sanguin et celui-ci que la lymphe. Il y a donc une action sécrétoire qui s'exerce sur l'hémoglobine et cette action est précisément exercée par les glomérules si elle ne l'est point par les tubuli. C'est là une restriction essentielle que le travail d'Afanassiew (1884) permet d'accepter, cet auteur ayant démontré que l'hémoglobine n'est pas excrétée par les tubuli.

Adami se propose ensuite de répondre à la question de Heidenhain, à savoir si les substances diurétiques exerceraient une action sur l'épithélium des glomérules. Il enlève un rein chez un chien rendu hémoglobinurique et détermine le nombre et la grandeur des ménisques d'hémoglobine qui remplissent les capsules de Müller : il injecte un diurétique et répète la détermination sur l'autre rein. Dans ce dernier cas on trouve les ménisques moins nombreux et moins volumineux. L'eau excrétée en ce point a donc lavé et dilué la sécrétion précédente. D'ailleurs Roy a montré que l'azotate de soude exerce son action diurétique sans qu'il y ait augmentation nécessaire de la pression du sang. Adami conclut que les diurétiques exercent une action directe sur l'épithélium glomérulaire : la sécrétion de l'hémoglobine et celle de l'eau sont accrues inégalement d'ailleurs.

Le curare, la physostigmine et la méthylaniline semblent accélérer le cours de la lymphe et diminuer (dans le cas de très petites doses) la sécrétion urinaire. On sait, en effet, depuis Claude Bernard, que le curare à dose contentive joue le rôle d'un diurétique énergique. La muscarine diminuerait à la fois la lymphe et l'urine. Le travail que nous analysons ici tire quelque importance de l'aide et des conseils de Heidenhain, Foster et Langley.

DASTRE.

Sur les procédés de la régression des follicules ovariens chez quelques femelles de mammifères, par L. LAULANIÉ (*C. R. de la Soc. de biologie, 31 octobre* 1885).

La régression qui atteint l'immense majorité des follicules de Graaf emprunte des procédés anatomiques très variés, mais pouvant se ramener sous deux chefs principaux : régression par oblitération (atrésie), régression immédiate par résorption. L'atrésie peut se réaliser par deux moyens différents : l'atrésie par oblitération centripète, déjà étudiée par Slavianski, et l'atrésie par oblitération centrifuge, dans laquelle le derme pousse un bourgeon unique qui traverse la membrane granuleuse, atteint et embrasse l'ovule dégénéré. La régression par résorption se produit dans les jeunes follicules, par l'agression et la destruction du vitellus par des cellules migratrices venant de la membrane granuleuse. F. H.

Ueber die Vereinigung der Spermatozoen mit dem Ei (Sur la réunion des spermatozoïdes avec l'œuf), par J. DEWITZ (*Archiv für die gesammte Physiologie, Band XXXVII, p.* 219-223).

Dewitz ne peut admettre que les mouvements des spermatozoïdes s'exercent indifféremment dans tous les sens et que leur réunion avec l'œuf soit abandonnée au hasard. Il décrit à ce sujet les observations qu'il a faites sur les mouvements des spermatozoïdes de la *Periplaneta* (*Blatta*) *orientalis*. Ces spermatozoïdes rappellent par leur forme ceux de la grenouille ; ils présentent deux propriétés qui doivent singulièrement favoriser leur réunion avec l'œuf et leur pénétration dans le micropyle. Ils sont attirés par les corps solides à la surface desquels ils viennent s'appliquer. Si l'on dépose entre deux plaques de verre quelques spermatozoïdes suspendus dans une solution de chlorure de sodium à 0,8 ou 0,9 0/0, on les voit tous deux s'appliquer sur l'une des deux lames de verre. En outre, tous ces spermatozoïdes sont animés d'un mouvement circulaire uniformément dirigé dans le même sens que les aiguilles d'une montre. Les cercles décrits par un spermatozoïde donné ne sont pas exactement superposables. Un spermatozoïde sera donc attiré par la surface solide de l'œuf et y décrira une série de cercles qui finiront fatalement par le faire passer au niveau du micropyle. LÉON FREDERICQ.

CHIMIE MÉDICALE.

Beitrag zum Studium der Peptonisation ; chemische Theorie der Verdauung (Considération sur l'étude de la peptonisation. Théorie chimique de la digestion), par Th. CHANDELON (*Berichte der deutschen chemischen Gesellschaft, Band XVIII, p.* 1999).

Dans un travail précédent l'auteur a montré que le peroxyde d'hydrogène transforme l'albumine en peptones. Pour appliquer cette observation à l'étude de la digestion il a cherché à déterminer si l'action de la pepsine s'accroît quand le peroxyde d'hydrogène augmente. Il a employé deux procédés pour constater la présence de l'eau oxygénée. L'un consiste dans la coloration bleue que prend l'éther quand on traite un liquide contenant de l'eau oxygénée par quelques gouttes de bichromate de potasse acidulé d'acide sulfurique ; le second plus sensible encore proposé par Traube, consiste à décomposer l'iodure de cuivre en présence du ferro-sulfate.

Il arrive finalement à conclure que l'augmentation de production de pepsine n'entraîne pas une augmentation corrélative de la formation du peroxyde d'hydrogène.

On pourrait supposer aussi que la constitution de la pepsine est semblable à celle de l'eau oxygénée ; tandis que la composition de l'eau est représentée par la formule H—O—O—H, la seconde aurait la composition P—O—O—H ou P—O—O—P. De telle sorte que, tandis que

le pouvoir de l'eau oxygénée tient au groupement —O—O— qui existe dans sa molécule, celui de la pepsine serait dû à ce même groupement.

Cette hypothèse trouve un point d'appui dans les recherches de Heidenhain et de Podolinsky sur la pepsine.

On sait en effet que le pancréas à l'état frais, épuisé par la glycérine, donne un liquide qui n'a pas ou qui n'a qu'un faible pouvoir digestif; tandis que la glande après une attente de 24 heures donne un extrait extrêmement actif. Il paraît donc exister dans la glande une substance que ces auteurs nomment zymogène, laquelle se transforme en trypsine sous certaines influences.

Podolinsky a montré aussi qu'une solution de trypsine perd sa puissance digestive quand on la soumet à l'action de la levure de bière c'est-à-dire quand on lui enlève de l'oxygène. Il semble donc légitime de conclure que l'activité de la trypsine est due à l'oxygène.

La même réaction se passe-t-elle avec la pepsine? Jusqu'à présent on n'a rien trouvé de semblable, car la substance pepsinogène d'Ebstein et de Gruber, niée d'ailleurs depuis par Wittich et Witt, ne se transforme pas en pepsine par l'action de l'oxygène.

L'auteur a reconnu que la pepsine, rendue inactive par la levure de bière, ne reprend pas son activité par l'action de l'oxygène. Il a constaté que la pepsine rendue inactive par le carbonate de soude ne reprend pas son activité par l'action de l'oxygène mais qu'il la recouvre sous l'influence de l'eau oxygénée. E. HARDY.

Ein Beitrag zur Kenntniss des Pepsins (Contribution à l'étude de la pepsine), par Carl SUNDBERG (*Zeitschrift für physiologische Chemie*, *Band IX*, *p.* 319).

L'incertitude où l'on est encore sur la composition exacte de la pepsine a engagé l'auteur à chercher à la préparer pure et à contrôler le produit obtenu avec la pepsine préparée par la méthode de Brücke.

Ses premières recherches tendirent à trouver le meilleur dissolvant pour enlever la pepsine de l'estomac. Il a constaté qu'une solution saturée de sel marin était la plus avantageuse pour obtenir la pepsine complètement séparée des matières albuminoïdes.

Il broie l'estomac privé de sa portion pylorique avec une quantité pesée de sel marin, puis ajoute assez d'eau pour obtenir une solution saturée. Il filtre après 2 ou 3 heures et enlève le sel marin par la dialyse. Il est nécessaire de faire la dialyse dans une eau acidulée, car dans les solutions neutres la pepsine se décompose rapidement.

Par la dialyse il se fait généralement la précipitation d'une petite quantité de matière protéique.

La solution dialysée a un grand pouvoir digestif, elle contient assez peu d'albumine coagulable pour que celle-ci ne puisse être décelée qu'après 5 ou 6 minutes par la réaction de Heller.

Outre ces traces d'albumine, la solution contient la présure. On ne peut, comme le montre Hammarsten, obtenir le ferment en chauffant la solution acide à 40° C. sans la décomposer. Il est nécessaire auparavant d'enlever l'acide. Par cette digestion toute l'albumine est d'ailleurs transformée en pepsine.

Pour une purification plus complète de la pepsine, on mêle la solution

encore acide avec un mélange de chlorure de calcium et de phosphate de soude et on ajoute de l'ammoniaque jusqu'à réduction faiblement alcaline. Le précipité entraîne à peu près toute la pepsine. On recueille le précipité sur un filtre et, après l'avoir bien lavé, on le décompose par l'acide chlorhydrique et on le soumet à la dialyse. On obtient ainsi une pepsine incolore, plus active que celle dont on était parti pour la préparer.

La pepsine n'était pas précipitée par le tannin, le bichlorure de mercure et par le chlorure de platine, l'acétate neutre et basique de plomb qui précipitent la pepsine de Brücke. Le seul réactif qui précipite la nouvelle pepsine est l'alcool absolu. Elle ne se trouble pas par les divers réactifs de l'albumine. E. H.

Ueber das Verhalten des Serumalbumins zu säuren und neutral Salzen (Sur la manière dont l'albumine du sérum se comporte avec les acides et les sels neutres), par **J.-E. JOHANSON** (*Zeitschrift für physiologische Chemie, Band IX, p.* 310, 1885).

D'après les indications de l'auteur, pour préparer l'albumine du sérum pure, on ajoute au sérum ordinaire, à la température de 30°, du sulfate de magnésie et on filtre à cette même température. On filtre encore après refroidissement pour séparer les cristaux qui se sont déposés; on ajoute au liquide 0,5 à 1 0/0 d'acide acétique (avec 0,5 le sérum doit être incomplètement précipité) et on filtre après une heure. Le précipité est pressé, dissous dans l'eau puis la solution est de nouveau neutralisée et saturée par le sulfate de magnésie. Les premières traces de précipité contiennent de la globuline et doivent être séparées. Le liquide filtré est précipité par l'acide acétique, recueilli, comprimé, dissous dans un peu d'eau ; la solution neutralisée est soumise à une énergique dialyse. Quand la solution est très étendue, on la concentre à 40° C. et on la dialyse ensuite. Elle ne contient alors que de l'albumine du sérum. On l'obtient à l'état insoluble en la précipitant par l'alcool.

Il faut toutefois remarquer que, d'après Hofmeister, le sulfate de magnésie, en présence des acides, précipite aussi les peptones. Il ne pourrait donc en rester de traces dans l'albumine ainsi préparée. E. H.

Ueber den Einfluss der Temperatur auf die Filtration von Eiweisslösungen durch thierische Membranen (De l'influence de la température sur la filtration des matières albuminoïdes à travers les membranes animales), par **Adolf LŒWY** (*Zeitschrift für physiologische Chemie, Band IX, p.* 537).

Des expériences nombreuses et contradictoires ont été entreprises sur ce sujet, mais dans toutes, aussi bien les plus anciennes que les plus modernes, on a oublié un facteur. Ce facteur est la température dont on a négligé d'étudier l'action sur la quantité et la composition des liquides filtrés. L'auteur a comblé cette lacune et est arrivé aux résultats suivants :

1° La quantité de liquide filtré augmente avec la température et s'accroît de plus en plus avec l'élévation de la température:

2° Sous l'influence d'une température qui s'accroît, la quantité absolue

du résidu augmente dans le plus grand nombre des cas, 9 fois sur 11 ; la proportion relative de cette quantité augmente ou diminue quand la température augmente ou diminue aussi ;

3° Le poids absolu de la matière organique devient plus grande ou plus petite suivant que la température prend un accroissement plus grand ou plus petit.

Le poids relatif pour cent s'accroît avec la température, au moins dans la plupart des cas ;

4° Les matières inorganiques paraissent aussi filtrées en quantité plus onsidérable quand la température est plus élevée, quoique cependant cette augmentation de température ait une influence moindre que sur les substances organiques, car dans beaucoup de cas leur quantité pour cent diminue quand la température devient plus élevée.

L'auteur termine son mémoire par quelques considérations sur la filtration de l'albumine à travers le rein. Il se range à l'opinion de Senator qui en trouve la cause dans l'élévation de la température. E. H.

Ueber Eiweisskörper der Fraüen und der Kuhmilch (Sur les corps albuminoïdes du lait de femme et de vache), par **DOGIEL** (*Zeitschrift für physiologische Chemie, Band IX, p.* 591).

Hofmeister a dit que le lait ne contenait pas de peptone ; depuis, Schmidt-Mülheim a prétendu en avoir rencontrée. Les nouvelles recherches de Dogiel prouvent nettement que la peptone y fait complètement défaut, qu'on ne la trouve jamais quand on a séparé l'albumine par le procédé connu à l'aide du perchlorure de fer, et que l'erreur de Schmidt Mülheim tient à ce qu'il enlevait imparfaitement l'albumine, qu'il prenait pour de la peptone les matières albuminoïdes restées en suspension, et qu'il croyait caractériser les peptones par la précipitation à l'aide de l'acide phosphomolybdique et la réaction du biuret. On sait que ces caractères sont propres à toutes les matières albuminoïdes.

La lactoprotéine ne serait aussi qu'un reste d'albumine et de caséine. De telle sorte que le lait de femme pas plus que celui de vache ne contient de peptone.

L'auteur fait ensuite une étude comparative du lait de femme et du lait de vache. Il arrive à conclure que la caséine du lait de femme n'est pas identique à celle de la vache, bien qu'elle fasse partie du même groupe comme le font entre elles les diverses albumines. Il regarde le lait de femme comme d'une digestibilité plus facile que celui de vache.

E. H.

Ueber das Vorkommen des Labferments im Magen des Menschen (Sur l'apparition du ferment de la présure dans l'estomac de l'homme) par **Wilh. SCHUMBURG** (*Arch. f. path. An. u. Phys., Band XCVII, Heft* 2, *p.* 260).

Dans l'estomac du veau se trouve un ferment spécial que l'auteur désigne sous le nom de « ferment de la présure, — Labferment » Ce ferment se rencontre aussi chez le mouton ; il a été trouvé dans l'estomac du brochet par Hammarsten, on le rencontre quelquefois chez divers mammifères et chez les oiseaux, presque jamais chez les poissons. Salkowski a donné à l'auteur l'idée de le rechercher chez l'homme soit

à la naissance soit dans les diverses conditions d'âge, de santé ou de maladie.

Schumburg a fait des recherches préliminaires sur le veau pour reconnaître les meilleurs procédés à employer pour favoriser son action. La dissolution dans l'eau distillée après une macération de 24 heures lui paraît un bon procédé. Cependant, en laissant des fragments de muqueuse en contact avec de l'eau additionnée d'acide chlorhydrique pendant 48 heures, la dissolution produit une coagulation du lait encore plus rapide; cette technique lui paraît préférable pour éviter la putréfaction. C'est celle qu'il a adoptée pour l'étude du ferment de la présure dans l'estomac de l'homme.

Sur 34 cadavres d'adultes, il a rencontré 15 fois ce ferment de la présure. Sur 6 cadavres de nouveau-nés, il le trouve 4 fois en petite quantité, deux fois il n'y en a pas trace. Sur une autre série de quatre cas, il ne l'a rencontré qu'une fois.

Il a pu l'observer également dans le suc gastrique d'animaux vivants; ce suc gastrique était obtenu soit avec la pompe, soit aux moyens d'éponges ingérées et retirées au moyen d'un fil, mais il paraît être en quantité assez faible. Le procédé de l'éponge lui a permis d'en trouver une fois dans l'estomac d'un homme vivant, mais la coagulation du lait s'est produite assez rapidement (1/2 minute). L'auteur remarque que l'addition de bicarbonate de soude supprime à peu près l'action de ce ferment, par contre l'acide chlorhydrique semble exalter ses propriétés, mais il est bon de noter que les acides lactique et chlorhydrique entre autres suffisent à déterminer la coagulation du lait. Aussi dans toutes ses recherches l'auteur a-t-il soin de neutraliser le lait qu'il met en expérience. L'auteur en conclut que le ferment de la présure peut se rencontrer dans l'estomac de l'homme, et que la combinaison de ce ferment et de l'acide chlorhydrique dans l'estomac humain explique la coagulation rapide du lait qui y est ingéré. P. GALLOIS.

Ueber die Säurewirkung der Fleischnahrung (Influence acidifiante de l'alimentation carnée) par Alexander AUERBACH (*Arch. f. path. Anat. u. Phys., Band XCVIII, Heft* 3, *p.* 512).

Parmi les produits de désassimilation de la viande se trouvent des substances acides (acides urique, hippurique, sulfurique, etc.). Mais l'azote des albuminoïdes peut-il former de l'ammoniaque en quantité suffisante pour neutraliser ces acides ? L'auteur ne le croit pas. Il constate bien que si l'on fait absorber à un chien du phosphate acide monobasique de potasse ($PhO^4 H^2 K$), un atome d'hydrogène est remplacé par une molécule d'ammoniaque ($PhO^4 H AzH^4 K$), mais l'acide phosphorique n'est pas saturé, et les animaux meurent avec les accidents de l'intoxication par les acides. L'auteur fait remarquer que cette intoxication par les acides présente les mêmes phénomènes que l'affection dénommée acétonémie chez les diabétiques. Il se demande en conséquence si le coma diabétique est bien dû à la présence de l'acétone dans le sang, et s'il ne s'agirait pas là d'une intoxication par des acides provenant du glucose (acides crotonique, oxybutyrique, acétique, etc.). P. GALLOIS.

Ueber das Vorkommen der Milchsäure im Mageninhalt (Sur la présence de l'acide lactique dans le contenu de l'estomac), par **EWALD** et **BOAS** (*Archiv für Anat. und Physiol.*, *p.* 346, 1885).

Les auteurs ont observé une hystérique de 30 ans qui gardait les aliments solide, smais rejetait les boissons mêlées à une partie plus ou moins grande du contenu de l'estomac. Elle digère bien, augmente de poids et sa sécrétion gastrique est normale. Il est possible d'obtenir le suc gastrique au début de la digestion alors que les matériaux alimentaires ne sont pas encore très dilués, dans un moment où la sonde gastrique ne fournirait que peu ou pas de matières. On y trouve toujours de l'acide lactique, aussi bien dans le cas d'une alimentation avec la viande que dans le cas d'une alimentation avec des hydrates de carbone. Cet acide fait défaut dans le cas où l'on a fait usage d'albumine pure.

Un peu plus tard on trouve aussi bien de l'acide chlorhydrique que de l'acide lactique. Celui-ci est un produit extraordinairement rapide de fermentation des hydrates de carbone : la présence de l'acide chlorhydrique ne tarde pas à entraver ces fermentations. Cet acide est normalement contenu dans le suc gastrique : l'acide lactique est un produit de fermentation habituel, non pathologique. DASTRE.

Dosage de matière glycogène dans les organes d'un supplicié, par **E. LAMBLING** (*Compt. rend. de la Soc. de Biologie*, 13 *juin* 1885).

L'auteur a dosé la matière glycogène contenue dans le foie, la rate et les reins d'un supplicié, une heure après la mort. Il a employé le procédé de Claude Bernard, modifié par Brücke.

Pour 100 grammes d'organe frais, il a trouvé

Foie (côté droit).	1gr, 85
— (côté gauche.	2
Rate.	0 25
Reins.	traces sensibles.

Ces chiffres indiquent probablement des quantités inférieures à la normale, car, depuis quelque temps avant la mort, le sujet se nourrissait très peu, et une certaine quantité de glycogène a dû disparaître pendant le délai d'une heure qui s'est écoulé entre l'exécution et le moment de l'autopsie. F. H.

Ueber das Schicksal des Pepsins und Trypsins im Organismus (Sur la destinée de la pepsine et de la trypsine dans l'organisme), par **H. LEO** (*Archiv für die gesammte Physiologie, Band XXXVII, p.* 223).

Sahli a affirmé récemment que l'urine contient normalement de la pepsine et de la trypsine. Leo confirme le fait en ce qui concerne la pepsine (déjà indiquée dans l'urine par Brücke). La trypsine ne se trouverait pas dans l'urine d'après Leo. Ce que Sahli a pris pour une digestion de trypsine serait de la putréfaction simple. Leo empêche la putréfaction au moyen de quelques gouttes d'une solution alcoolique de thymol (procédé de Kühne).

Dans les cas de carcinome de l'estomac et d'iléo-typhus, la pepsine diminue ou disparaît même des urines.

Si la trypsine était, comme la pepsine, résorbée, puis éliminée par le rein, elle pourrait, sur son passage, causer de grands ravages dans les milieux alcalins du sang, de la lymphe et des tissus, où la présence de la pepsine est inoffensive, à cause de l'absence de réaction acide. Leo admet avec Kühne (contre Hüfner) que les tissus ne contiennent pas de trypsine et que ce ferment est détruit sur place dans l'intestin.

Leo, dans une série d'essais, exécutés sur les différentes portions du contenu intestinal d'un chien tué par hémorragie, recherche la pepsine et la trypsine par le même procédé que Sahli, mais en ajoutant la solution antiseptique de thymol. Il constate que la pepsine a déjà disparu du second tiers de l'intestin grêle et que la trypsine ne se retrouve plus dans le troisième tiers de l'intestin grêle. DASTRE.

Ueber die Bestimmung des Harnstoffs im Urin (Sur le dosage de l'urée dans l'urine), par LUNGE (*Archiv für die gesammte Physiologie, Band XXXVII, p.* 45).

Lunge donne la description d'un nouvel uréomètre à l'hypobromite de sodium et d'un petit appareil servant à faire en tout temps la correction de température et de pression barométrique du volume d'azote obtenu.

La solution d'hypobromite de sodium s'altère très vite comme on sait. Au lieu d'employer le brome liquide fort désagréable à manier, Lunge recommande le *Bromum solidificatum* breveté de A. Frank de Charlottenburg, qui se vend en bâtons contenant 1 gramme de brome par centimètre courant. Voici comment on opère pour la préparation de la solution d'hypobromite.

On dissout 400 grammes de soude caustique de première qualité dans un litre d'eau. Cette lessive est conservée dans un flacon fermé par un bouchon de caoutchouc. L'hypobromite se prépare à mesure des besoins. On prend par exemple 100 centimètres cubes de lessive de soude et on y ajoute environ 10 grammes de brome, c'est-à-dire 10 centimètres de bâtons de *Bromum solidificatum*. On agite de manière à faire passer le brome en solution. Dès que les bâtons sont décolorés, la solution peut être employée. L. F.

Untersuchungen über die Kupferoxyd reducirenden Substanzen des normalen Harnes (Recherches sur les substances normales de l'urine qui réduisent les oxydes de cuivre), par M. FLÜCKIGER (*Zeitschrift für physiologische Chemie, Band IX, p.* 323).

Depuis 10 ans les combinaisons conjuguées de l'acide glycuronique ont été très étudiées. Ces combinaisons ont la propriété de réduire l'hydrate de cuivre en solution alcaline, de dévier le plan de polarisation à gauche sans toutefois pouvoir dégager de l'acide carbonique au contact de la levure de bière.

Musculus et Mering, en préparant l'acide urochloralique, obtinrent la première combinaison de l'acide glycuronique alors encore inconnu.

Jaffé, en introduisant de l'orthonitrotoluol dans l'organisme, obtint une petite partie d'acide orthonitro-benzoïque et d'un acide qui se dédouble en urée et en acide uronitrotoluique.

Schmiedeberg et Meyer séparèrent l'acide camphoglycuronique.

Baumann et Preusse, après l'introduction dans l'économie du bromobenzol, obtinrent l'acide bromophénylmercapturique.

Kossel, par la décomposition d'une combinaison conjuguée du phénétol, recueillit l'acide chinétonique vraisemblablement identique avec l'acide glycuronique.

Mering et ensuite Külz démontrèrent que beaucoup d'autres substances introduites dans l'économie : chloroforme, dichlorobenzol, cumol, etc., forment des combinaisons analogues.

Plus tard, réalisant une hypothèse de Jaffé, Mering et plus tard Külz montrèrent que ces corps étaient des combinaisons de l'acide glycuronique.

On arrive ainsi à constater que le phénol, le benzol, introduits dans l'organisme, forment deux séries de combinaisons conjuguées les unes avec l'acide sulfurique, les autres avec l'acide glycuronique.

L'urine normale elle-même contient une substance de nature inconnue qui réduit les sels de cuivre et qui peut être l'acide glycuronique.

E. HARDY.

Eine Methode zur quantitativen Bestimmung der Harnsäure (Dosage de l'acide urique), par E. LUDWIG (*Wien. med. Jahrb., Heft* 4, *p.* 597, 1884).

Le principe de la méthode de l'auteur est le suivant : en versant dans l'urine d'une part de la mixture magnésienne (obtenue par le mélange de chlorure de magnésium et de l'ammoniaque), d'autre part une solution ammoniacale de nitrate d'argent, on obtient deux précipités : l'un d'urate argento-magnésien, l'autre de phosphate ammoniaco-magnésien. Ces précipités, recueillis sur un filtre et lavés avec l'eau ammoniacale, sont chauffés en présence du sulfure de potassium qui décompose l'urate et le transforme en urate de potasse facilement soluble. On filtre encore, et la solution d'urate de potasse qui a traversé le filtre (le sulfure d'argent et le phosphate ammoniaco-magnésien étant retenus) est acidifiée au moyen de l'acide chlorhydrique, puis vaporisée. On obtient ainsi les cristaux d'acide urique qu'il suffit de laver et de purifier à l'aide de sulfure de carbone.

Les trois réactifs employés : solution ammoniacale de nitrate d'argent, mixture magnésienne, et solution de sulfure de potassium doivent former en tout une masse de 10 centimètres cubes seulement pour 100 grammes d'urine.

Le procédé de Ludwig donne des résultats satisfaisants ; l'auteur en a éprouvé souvent l'exactitude et, malgré les manipulations délicates qu'il nécessite, le préfère aux anciennes méthodes. L. GALLIARD.

Observations on some of the colouring matters of bile and urine with especial reference to their origin; and on an easy method of procuring hœmatin (Observations sur quelques matières colorantes de la bile, surtout en ce qui concerne leur origine, et sur une méthode facile pour préparer l'hématine), par C.-A. MAC MUMM (*Proceedings of the physiological Society*, 14 *février* 1885).

1) Pour avoir l'hématine on opère sur le caillot sanguin afin de se débarrasser de la matière colorante du sérum. On traite le caillot découpé par l'alcool acidulé avec l'acide sulfurique (1/17), on filtre. Le filtrat est

dilué avec de l'eau: puis on l'agite avec du chloroforme qui enlève la matière colorante. — Le chloroforme est décanté et lavé avec de l'eau distillée pour le débarrasser de l'acide qu'il retient. On l'abandonne ensuite dans un flacon bouché. Après quelques heures le liquide est troublé par un dépôt de cristaux d'hématine réunis en rosettes et en croix, formés d'aiguilles et de tablettes rhombiques. On peut séparer ces cristaux par filtration, les laver avec de l'eau, de l'alcool et de l'éther; sécher et on a ainsi une masse noirâtre qui a toutes les réactions de l'hématine pure et se transforme promptement en hématoporphyrine.

2) Les bandes spectrales présentées par la bile de bœuf et la bile de mouton sont dues, non à la biliverdine, mais à un pigment qui est un produit de réduction de l'hématine. — Si l'on précipite le mucine par l'alcool absolu et l'acide acétique et qu'on agite le filtrat avec le chloroforme, on enlève cette matière. — En le traitant par l'amalgame de sodium et la chaleur, on obtient l'hématoporphyrine. D'autre part l'hématine alcaline traitée par l'almalgame de sodium à froid donne le même spectre que le pigment en question, désigné par l'auteur sous le nom de *cholohématine*. Il est soluble dans le chloroforme, tandis que la biliverdine ordinaire n'y est pas soluble.

3) La bile d'une fistule biliaire contenait de l'urobiline et de la biliverdine.

4) Les fèces contiennent un pigment, la stercobiline, soluble dans l'eau, l'alcool, l'éther, le chloroforme et l'alcool acidulé. — L'éther et le chloroforme enlèvent encore de la lutéine et de la chlorophylle alimentaire. L'alcool acidulé contient de l'indigo bleu. La stercobiline est analogue à l'urobiline fébrile.

5) Matières colorantes de l'urine. L'auteur fournit quelques renseignements intéressants sur l'urobiline et l'urohématine. DASTRE.

Ueber das Parahämoglobine (Sur la parahémoglobine), par **LACHOWICZ** et **M. NENCKI** (*Beritchte der deutschen chemischen Gesselschaft, Band XVIII p.* 2126, 1885).

L'un des auteurs et N. Sieber ont montré précédemment que les cristaux d'oxyhémoglobine, abandonnés pendant plusieurs heures avec de l'alcool, éprouvent une modification qui conserve leur aspect cristallin, les rend insolubles dans l'eau, sans altérer leur composition centésimale. Ce corps, la parahémoglobine, prend naissance par une transposition des atomes qui entrent dans la composition de l'hémoglobine ou par sa polymérisation. Ce travail est une suite de nouvelles recherches sur la parahémoglobine.

Les auteurs préparent la parahémoglobine en faisant cristalliser deux fois l'oxyhémoglobine, et après l'avoir lavée avec 25 0/0 d'alcool ils l'abandonnent avec dix fois son poids d'alcool dans de la glace pendant plusieurs heures. Après ce temps l'oxyhémoglobine transformée en parahémoglobine est devenue absolument insoluble dans l'eau. Les cristaux sont devenus un peu plus clairs et forment des prismes épais appartenant au système quadratique. Si on met les cristaux dans de l'eau et que l'on agite fortement, ils se dissolvent et donnent au spectroscope les deux bandes d'absorption de l'oxyhémoglobine.

Sous l'influence des acides minéraux en solution aqueuse ou des

alcalis, la parahémoglobine se transforme en hématine et albumine. Si on agite à l'abri de l'air la parahémoglobine avec de l'alcool saturé d'ammoniaque à 0°, une partie entre en solution qui en couche mince donne une bande entre D et E. Cette solution reste plusieurs jours sans se décomposer. Lorsqu'on la filtre dans un vase large de manière à ce que l'alcool et l'ammoniaque s'évaporent rapidement, une partie de la parahémoglobine se dépose sur les parois du vase sous forme de cristaux de parahémoglobine difficilement solubles, qui ne tardent pas à se décomposer en albumine et en hématine.

Quand on abandonne pendant un mois la parahémoglobine dans un vase fermé, il apparaît une ligne dans le bleu et deux bandes d'absorption qui ressemblent à celles de l'oxyhémoglobine ou de l'hémoglobine oxycarbonée. E. HARDY.

Ueber die Grösse des Hemoglobinmoleculs (Sur la grandeur de la molécule d'hémoglobine), par O. ZINOFFSKY (*Zeitschrift für physiologische Chemie, Band X, p.* 16).

Les analyses de l'hémoglobine admises actuellement établissent qu'elle contient pour un atome de fer 600 atomes de carbone; ce qui revient à dire que 600 atomes de carbone entrent dans sa molécule. Mais si l'on remarque que la quantité de soufre qui correspond dans cette formule à un atome de fer, est une quantité entière plus une fraction, il en résulte que la molécule d'hémoglobine doit être beaucoup plus considérable pour être exprimée par des nombres entiers. Il est donc d'un haut intérêt de connaître exactement la quantité de fer et de soufre qu'elle contient.

Pour obtenir l'hémoglobine à un état plus pur que ses prédécesseurs, Zinoffsky la prépare d'abord par la méthode de Hoppe Seyler, puis, la modifiant légèrement pour séparer l'hémoglobine du stroma, il étend la bouillie des globules avec trois volumes d'eau distillée, chauffée à 35°, jusqu'à ce que la masse prenne une teinte très foncée. Il ajoute une goutte d'ammoniaque qui dissout le stroma. En décomposant une petite portion de la solution par le sulfate de soude et un peu d'acide sulfurique, on ne trouve plus de stroma. On ajoute à la solution une quantité d'acide chlorhydrique correspondant exactement à la solution ammoniacale pour que l'hémoglobine ne cristallise pas dans une solution ammoniacale.

On arrive à un meilleur résultat avec de l'éther éthylique; il suffit d'en ajouter une très petite quantité 30 cc., d'après Hoppe Seyler, pour dissoudre le stroma de 9 litres de sang. On obtient ainsi une solution d'oxyhémoglobine impure. Pour la faire cristalliser on la refroidit à zéro; on ajoute un quart de volume d'alcool absolu et on laisse cristalliser à zéro. Déjà après 26 heures le liquide se prend en une masse de cristaux. On filtre après 48 heures pour laisser aux cristaux le temps de grossir et de ne pas obstruer les pores du filtre. On les lave avec un mélange de 1 partie d'alcool absolu et 4 parties d'eau refroidie à zéro. Il faut environ trois fois le volume du mélange pour une de cristaux. On purifie ensuite les cristaux en les dissolvant dans 3 fois leur volume d'eau distillée en chauffant à 35°, puis on les fait recristalliser en ajoutant de l'alcool, et en opérant comme ci-dessus.

L'oxyhémoglobine ainsi préparée a les caractères spectraux caracté-

ristiques, forme avec l'eau une solution claire, n'est pas précipitée par l'acétate de plomb, ce qui prouve l'absence de la méthoglobine.

L'auteur fit l'analyse des différents éléments de l'hémoglobine en se servant des procédés ordinaires. Il arriva à constater que l'hémoglobine contient un atome de fer pour 2 atomes d'azote, et qu'ainsi elle doit bien être regardée comme une individualité chimique.

Il arrive finalement à proposer pour l'hémoglobine la formule :

$$C^{712}H^{1130}Az^{214}S^{2}Fe\,O^{245}$$

Dans la décomposition de l'hémoglobine, il se sépare de l'hématine avec 34 atomes de carbone. Le reste se décompose en 2 molécules d'albumine puisque chaque molécule d'albumine contient 1 atome de soufre pour 339 de carbone. E. HARDY.

Ueber das Nuclein im Dotter des Hühnereies (Sur la nucléine du jaune de l'œuf de poule), par A. KOSSEL (*Archiv für Anat. und Phys., p.* 346, 1885).

Les éléments granuleux du vitellus blanc ont été identifiés par *His* avec des noyaux cellulaires. *Miescher* y a trouvé de la nucléine. Kossel trouve qu'elle diffère de la nucléine ordinaire, laquelle fournit par décomposition de l'hypoxanthine, de la xanthine et de la guanine, tandis que la nucléine de l'œuf n'en fournit point. Si l'œuf a subi l'incubation, si les tissus de l'embryon et les véritables noyaux cellulaires se sont formés, on trouve, au contraire, des quantités notables de ces bases après traitement par l'acide sulfurique étendu. DASTRE.

Ueber das Schicksal des Cysteins und über die Entstehung des Schwefelsäure im Thierkörper (Sur le sort de la cystine et la formation de l'acide sulfurique dans le corps des animaux) par E. GOLDMANN (*Zeitschrift für physiologische Chem., Band IX, p.* 260).

La cystine n'a été jusqu'à présent trouvée en quantité notable que dans l'urine et les concrétions urinaires. On a signalé sa présence dans le foie et dans d'autres organes, mais seulement en petite quantité, et il n'est pas prouvé que les corps isolés fussent réellement de la cystine.

La présence du soufre et de l'azote dans la cystine la font avec raison regarder comme un des produits de décomposition des matières albuminoïdes. Mais le lieu où elle prend naissance n'est pas connu. On ne pourrait le déterminer qu'après s'être assuré si la cystine est un produit régulier de la transformation des organes qui subit ensuite de nouvelles transformations et se trouve éliminé par l'urine dans un état encore inconnu, ou si la cystine est un produit de décomposition des éléments qui, lorsqu'elle s'est formée dans l'organisme, passe dans l'urine en plus ou moins grande quantité.

Les recherches de Baumann, de Preusse et de Jaffé ont montré que chez le chien et d'autres animaux, il se forme normalement un corps sulfuré, après l'ingestion du chloro, bromo, ou iodobenzol, lequel entre en combinaison avec le reste aromatique du dérivé du benzol. Cette substance à laquelle on a donné le nom d'acide mercapturique, parce qu'elle fournit facilement du mercaptan, peut être regardée suivant les recherches de Baumann, non seulement comme en relation avec la cystine $C^6H^{12}A^{22}S^2O^4$, mais peut être obtenue avec son dérivé la cystéine

$C^3H^7A^2SO^2$, c'est-à-dire l'acide amido-thiolactique. L'atome complexe de la cystéine qui se transforme déjà en cystine sous l'influence de l'air par oxydation, joue, d'après Baumann, dans l'acide mercapturique, un rôle analogue à celui du glycocolle dans l'acide hippurique.

Dans quelques cas de cystinurie, on a cherché le rapport entre la cystine et celle de l'acide urique, de l'urée, et d'autres éléments sulfurés. Mais on n'est arrivé qu'à des résultats contradictoires.

L'auteur a donc cherché à déterminer si la cystine des corps intermédiaires et la cystéine se comportent comme des produits intermédiaires, et se transforment en acide sulfurique ou en un autre composé sulfuré qui sont éliminés par l'urine. Dans le premier cas, la cystine serait l'agent producteur de l'acide sulfurique et sulfovinique et dans le second d'un principe constituant de l'urine encore inconnu dans laquelle le soufre se trouverait à l'état de soufre oxydable ou soufre neutre.

Si la cystine dans le changement normal des éléments se transforme en ces éléments mêmes, on doit supposer que pendant la cystinurie le rapport entre le soufre oxydé (acide sulfurique et sulfovinique) et le soufre incomplètement oxydé ne présente pas de changement. Cette hypothèse est contraire aux expériences de Lœbisch et Niemann qui ont montré que l'urine qui contient par jour 0,5 de cystine renferme plus de soufre que n'en contient l'excrétion diurne du soufre non oxydé. On n'a donc pas encore de données certaines entre la quantité de soufre contenue dans la cystine et celle contenue dans les combinaisons du soufre dans l'urine.

Si au contraire la cystine se transforme plus tard en acide sulfurique, il doit se produire par l'influence d'une excrétion de cystine un changement de proportion entre la quantité de soufre oxydé et de soufre non oxydé.

Les expériences furent faites sur les chiens, en ajoutant du chlorobenzol à leur nourriture, afin de provoquer une excrétion de cystine. On détermina avant et après l'introduction du chlorobenzol la quantité de soufre oxydé et non oxydé contenue dans l'urine. La nourriture resta la même pendant la durée des expériences. Le dosage du soufre fut fait par les procédés ordinaires.

Comme résultat, on trouve une différence plus grande entre le soufre non oxydé et le soufre oxydé que celle que l'on rencontre habituellement.

La proportion entre le soufre oxydé et non oxydé est de 1 : 0,38. Kunkel avait trouvé pour le même rapport le chiffre 1 : 0,47 sur des chiens, Salkowski le rapport 1 : 0,238 sur des lapins.

On fit prendre à un chien 15 grammes de chlorobenzol. On reconnut les jours suivants que l'urine déviait fortement à gauche la lumière polarisée, et donnait les réactions caractéristiques de l'acide mercapturique.

On constate que pendant plusieurs jours l'excrétion du soufre augmente tandis que la quantité absolue du soufre diminue en 24 heures, et la diminution dans la quantité de soufre suit une augmentation jusqu'au dixième jour. L'augmentation du soufre total est due à l'augmentation corrélative de la quantité d'urine. Le point capital à observer est

le rapport des quantités de soufre oxydé et non oxydé. Dès le premier jour, la quantité de soufre non oxydé est quadruplée.

La déviation à gauche de la lumière polarisée dure aussi longtemps que dans l'augmentation de l'excrétion du soufre non oxydé.

L'auteur termine son mémoire par des rapprochements entre l'acide mercapturique et la cystine. Cette dernière introduite dans l'économie augmente aussi la quantité du soufre non oxydé. E. HARDY.

The nature of papaïne and its action on vegetable proteid (Nature de la papaïne et son action sur les albuminoïdes végétaux), par Sidney MARTIN (*The Journal of Physiology, vol. VI, p.* 336).

Etendant les recherches de Wurtz, Bouchut, Albrecht, l'auteur a déjà montré que la papaïne est une sorte de trypsine quant à son action sur la fibrine et l'albumine coagulée. Son action est la plus efficace dans des solutions alcalines à 1/400 de carbonate de soude ; elle agit bien encore dans les milieux neutres, en produisant une peptone parfaite, un produit intermédiaire de la nature de la globuline, de la leucine et de la tyrosine en faible quantité. Dans le présent mémoire l'auteur s'occupe surtout du ferment en lui-même, des protéides contenus dans le suc du *Carica papaya* et de l'action exercée sur eux par le ferment.

1. La papaïne commerciale contient deux protéides, une globuline et une peptone dialysable, ou plus exactement une albumose (Kühne), substance qui n'est précipitée ni par l'ébullition non plus que par le sublimé corrosif, mais qui l'est par l'acide nitrique, par l'acide chlorhydrique, avec redissolution dans un excès ; précipitable également par l'acide acétique et le ferrocyanure de potassium. — L'ébullition de l'extrait glucosique du suc de la plante donne en réalité un trouble nuageux qui disparaît dans l'acide nitrique, et fournit la réaction xantho-protéique. — Le même suc précipite par l'acide nitrique : le précipité se dissout à l'ébullition, reparaît par refroidissement et ainsi de suite, ce qui est une réaction caractéristique de l'albumose. — Il présente aussi la réaction du biuret avec le sulfate de cuivre et un excès de potasse. — Le ferment est uni à l'albumose. — Le sulfate de magnésie précipite la globuline ; l'albumose est précipitée par le mélange de sulfate de soude au sulfate de magnésie. — Pour avoir le ferment pur, on précipite par l'alcool éthéré et on reprend par la glycérine. A quelle variété d'albumose le ferment est uni, c'est ce que S. Martin a recherché ensuite. Kühne et Chittenden en ont distingué quatre variétés : proto, deutero, dys et hetero-albumose, d'après leur solubilité et leur précipitation par le chlorure de sodium. L'auteur en distingue une cinquième espèce l'α-*phytalbumose.* — Il reconnaît encore que le ferment trypsique de la papaïne est uni à un ferment coagulateur du lait qu'on en pourra séparer comme Roberts l'a fait pour le suc pancréatique.

Weyl, Hoppe Seyler, Zoller, Vines ont établi qu'il y avait dans les graines des plantes une constante association de globulines et d'hémialbumose; cette dernière ne différant d'une peptone que parce qu'elle est précipitable par les acides nitrique et acétique et le ferrocyanure de potassium. Pour séparer les peptones de toutes les autres substances protéiques, on ajoute à la liqueur préalablement neutralisée un demi-volume d'une solution saturée d'acétate de soude, puis du chlorure ferrique

jusqu'à coloration en rouge sang. Il se forme de l'acétate ferrique. Le liquide est alors neutralisé par de la soude caustique, de façon à être plus près de l'acidité que de l'alcalinité, bouilli et filtré : le filtrat ne contient pas d'autres substances protéiques que les peptones. Dans le filtrat, l'absence d'hémialbumose est démontrée par l'absence de précipité sous l'influence des acides acétique, nitrique et du ferrocyanure de potassium. L'existence d'une faible quantité de peptones est décelée par le réactif de Poehl, addition de 1/5 d'acide acétique avec une ou deux gouttes d'acide métatungtique. L'auteur a encore utilisé ces deux faits, à savoir que les peptones sont précipitées par saturation avec le sulfate d'ammoniaque et non point avec les sulfates de soude et magnésie. En résumé l'auteur a trouvé dans le suc du Carica : de la globuline, une albumine, une albumose β-phytalbumose et α-phytalbumose; point de peptones, de la leucine et de la tyrosine. Sous l'influence du ferment digestif en solution neutre, la globuline se change en β-phytalbumose et peptone, l'albumine de même ; l'α-phytalbumose donne la peptone β; il y a dans tous les cas de la leucine et de la tyrosine. DASTRE.

Ueber das Adenin (Sur l'adénine), par A. KOSSEL (*Berichte der deutschen chemischen Gesellschaft, t. XVIII, p.* 1928, 1885).

Dans une précédente communication, l'auteur a décrit une base qu'il a obtenue des organismes animaux et de la levure de bière, et à laquelle il a donné le nom d'adénine ; sa formule à 100° est $C^5H^5Az^5$. Elle cristallise dans l'eau avec trois molécules d'eau. On a obtenu des combinaisons de l'adénine avec les acides et les bases. On a décrit ses combinaisons avec l'acide sulfurique, l'acide oxalique, nitrique, etc. L'adénine forme une combinaison insoluble avec l'hydrate de baryte et une combinaison avec l'argent insoluble dans l'ammoniaque $C^5H^3Az^5Ag^2$. (Voy. *R. S. M.*, XXVI, 38).

Ses caractères avaient paru la rapprocher de l'hypoxanthine ou des dérivés de la xanthine (guanine, théobromine, caféine). Les expériences qui suivent confirment cette supposition.

Action de l'acide nitrique. L'adénine est dissoute dans l'acide sulfurique ; on ajoute du nitrite de potasse, et on porte à l'ébullition. La solution est saturée avec de l'ammoniaque, précipitée par le nitrate d'argent; le sel d'argent fourni cristallise dans l'acide nitrique, et le sel double d'argent décomposé par l'hydrogène sulfuré. Le liquide évaporé fournit des cristaux d'hypoxanthine ; 3gr,4 d'adénine ont donné 2gr,5 d'hypoxanthine pure : on n'obtint pas de xanthine.

Cette transformation se fait par la substitution de l'oxygène à un groupe amidé par une réaction semblable à celle qui a permis de transformer la guanine en xanthine.

Adénine	$C^5H^5Az^5$	Guanine	$C^5H^5Az^5O$
Hypoxanthine	$C^5H^4Az^4O$	Xanthine	$C^5H^4Az^4O^2$

L'adénine se décompose par l'ébullition avec les acides étendus, lentement à froid, rapidement à chaud.

Formation de l'adénine par la nucléine. Les histologistes ont décrit sous le nom de chromatine une substance identique à la nucléine des chimistes. La nucléine fournit en se dédoublant outre de l'albumine et de

l'acide phosphorique, de l'hypoxanthine, de la guanine, et de la xanthine. L'expérience suivante montre les rapports de l'adénine avec la nucléine. 60 grammes de nucléine de la levure de bière furent chauffés avec de l'acide sulfurique étendu ; parmi les produits solubles de la décomposition, on obtint, outre la guanine 0,3123 grammes d'adénine pure.

La formation de l'adénine à l'aide de la nucléine doit la faire ranger dans la série des substances organiques qui proviennent des noyaux des cellules. On pourra donc extraire l'adénine d'une foule de tissus végétaux et animaux.

L'auteur l'a déjà extraite des feuilles de thé.

La physiologie de l'adénine est toute semblable à celle de la nucléine. Il y a un rapport entre la nucléine et ses produits de dédoublement et la formation des tissus. Les bases riches en azote n'existent pas dans les œufs non couvés, elles se développent quand les organes du poulet commencent à se former. La nucléine se trouve dans les muscles tant qu'il y a une nouvelle formation des éléments des tissus.

Quand les muscles sortent de l'état embryonnaire, la nucléine diminue aussi bien que l'adénine et la guanine. Les extraits de viande commerciaux ne contiennent pas d'adénine et seulement des traces de guanine. On sait que l'hypoxanthine et la xanthine se trouvent surtout dans les tissus des animaux en croissance ; mais là ces substances ne naissent pas comme dans les organes glandulaires par une production préalable de nucléine, de guanine et d'adénine, elles sont préformées, et sans relation saisissable avec la nucléine contenue dans les tissus des muscles.

E. HARDY.

Sur une nouvelle réaction de la digitaline, par Ph. LAFON (*Compt. rend. Acad. des sciences*, 8 *juin* 1885).

En traitant une trace de digitaline par un mélange d'acide sulfurique et d'alcool à parties égales, et en ajoutant à ce mélange une goutte de perchlorure de fer, on voit apparaître une belle coloration bleu verdâtre, qui persiste plusieurs heures. Cette réaction colorée est propre à la digitaline, ou du moins elle n'est donnée par aucun des alcaloïdes ou glucosides usités en thérapeutique. La morphine seule produit en présence du perchlorure de fer une coloration du même genre, mais seulement en solution sensiblement neutre, et non dans un milieu acide, comme dans les conditions sus-indiquées. Il faut remarquer encore que la digitaline Nativelle ne donne pas la coloration en question, non plus que certains produits étrangers (digitaline de Merck) ; de sorte que cette réaction établirait une distinction très nette entre les digitalines françaises et celles d'origine allemande ; mais on sait qu'au point de vue physiologique les différences entre ces produits ne sont pas moins tranchées, d'après les recherches de Laborde et Duquesnel. M. D.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

Anatomie pathologique du système nerveux, par F. RAYMOND (in-8° avec 114 fig.) (*Paris*, 1886).

Résumer dans un ensemble synthétique l'histoire pathologique des lésions de l'appareil nerveux, montrer les progrès accomplis dans cette branche de la médecine depuis moins de vingt ans, faciliter en un mot aux praticiens l'étude de ces lésions, tel pouvait être le plan du cours complémentaire d'anatomie pathologique. Raymond ne s'est pas restreint à ce rôle trop simple ; familiarisé avec ce sujet délicat de la pathologie nerveuse, il a entrepris une œuvre plus largement conçue. Pour lui, l'anatomie pathologique n'est qu'un auxiliaire, au même titre que la physiologie, de la clinique et son livre réflète cette préoccupation de coordonner les connaissances multiples acquises pour présenter un ensemble didactique complet. C'est de l'anatomie pathologique qu'il s'occupe, mais à chaque pas l'auteur nous montre quels enseignements on peut tirer de l'examen macroscopique et microscopique pour l'interprétation de tel ou tel phénomène.

Après quelques pages consacrées à l'histoire résumée de la pathologie nerveuse, à des aperçus généraux sur l'inflammation et ses rapports avec les lésions aiguës et chroniques du système nerveux, à la physiologie générale et à l'anatomie, l'auteur entre dans le cœur de son sujet. Signalons la leçon 10e (localisations cérébrales); jugeant avec impartialité les faits expérimentaux et cliniques, Raymond montre la possibilité de la localisation de fonctions particulières, mais avec cette restriction qu'il peut exister, d'un sujet à un autre, des différences individuelles quant à la répartition des centres, et qu'il peut y avoir une suppléance de certaines portions de l'écorce par d'autres portions.

Vient ensuite l'étude des encéphalites superficielles (aiguës, chroniques, spécifiques) des tumeurs de l'écorce, des dégénérescences diffuses, des variétés de dégénérescences créées par l'état sénile, les empoisonnements chroniques, des lésions des ganglions centraux, etc.

Une large place est faite aux lésions si complexes de la moelle; après un exposé des rapports réciproques des différents faisceaux, du trajet des fibres afférentes et efférentes, des fonctions des faisceaux, si bien mises en lumière par les expériences de Vulpian et Brown-Séquard, l'auteur passe en revue les myélites. Ce sont d'abord les myélites aiguës, simples, infectieuses et spécifiques; puis les myélites diffuses chroniques qu'on peut rapporter à quatre types principaux : 1° leptomyélite ou sclérose annulaire de la moelle ; 2° sclérose diffuse en plaques disséminées; 3° sclérose centrale périépendymaire de Hallopeau et syringomyélite à forme kystique de Leyden ; 4° sclérose diffuse de la paralysie générale. C'est dans ces scléroses diffuses qu'il faut faire entrer la paralysie agitante qui ne serait, pour l'auteur, que l'exagération de l'état sénile des

centres nerveux, et dont le premier degré pourrait être figuré par le tremblement des vieillards.

Les myélites systématiques doivent être divisées en myélites secondairement et primitivement systématiques; la première dénomination étant réservée à celles qui ont eu une phase aiguë avant de devenir chroniques (paralysie infantile, paralysie atrophique de l'adulte). Les myélites systématiques d'emblée se divisent en spodomyélites (paralysie spinale progressive) et leucomyélites antérieures ou postérieures. Mentionnons, à ce propos, le rôle important qu'il faut attribuer, dans la pathogénie des scléroses cérébro-spinales, à l'inflammation des méninges; ce point de vue est brillamment développé, et l'auteur discute avec talent les raisons qui le portent à rattacher la sclérose en plaques à une méningite chronique.

Dans les dernières leçons, le lecteur trouvera le résumé des recherches les plus récentes sur les névrites périphériques, les lésions des appareils des sens et sur les troubles trophiques qui accompagnent si fréquemment les différentes maladies nerveuses. L'analyse très sommaire que nous venons de faire donnera une idée de l'importance de cet ouvrage, rédigé avec clarté et concision, qui présente, avec une étude d'ensemble très complète, l'exposé des vues personnelles de l'auteur sur des points obscurs de la pathologie nerveuse. A. CARTAZ.

Nouvelles recherches expérimentales sur la régénération des nerfs, par C. VANLAIR (*Archives de biologie, t. VI, fasc.* 1, 1885).

Dans un premier mémoire paru en 1882 (Voyez *R. S. M.,* XXI, 468), l'auteur a exposé le résultat de ses recherches sur la reproduction du sciatique au moyen de la suture tubaire. Dans le présent travail, Vanlair étudie les changements survenus dans un nerf sectionné depuis très longtemps, et réuni par le procédé de la suture tubaire.

Les expériences ont porté sur le sciatique du chien, et elles ont conduit aux principales conclusions suivantes :

Qu'il s'agisse d'une section simple ou d'une résection, qu'on ait employé ou non la suture, le processus de la régénération débute toujours de la même façon. On observe, vers l'extrémité du bout central du nerf, une prolifération de la zone marginale des *névricules* (faisceaux nerveux), une obsolescence des fibres axiales, un *exode* des fibres nouvelles aboutissant à la formation, autour de chaque névricule en particulier, d'un manchon conjonctivo-nerveux, puis enfin, consécutivement à l'infiltration nerveuse de la gaine, une fusion plus ou moins complète du champ névriculaire avec la couche adjacente fortement *nevrotisée* de la substance endoneuriale.

La multiplication des cylindraxes commence relativement très haut; de 2 1/2 à 1 1/2 centimètres au-dessus de l'extrémité libre du bout central; elle a lieu par fissiparité et par bourgeonnement latéral. La maturation des fibres se fait de la périphérie vers le centre. De ces nouvelles fibres naissent ensuite des fibres secondaires, tertiaires, etc. L'obsolescence des fibres du bout central, qui commence déjà à 1 centimètre de son extrémité libre, ne se distingue généralement que par des différences secondaires de la dégénérescence des fibres du bout périphérique.

L'exode commence par les couches internes de la gaine névriculaire ;

les fibres nerveuses cheminent entre les faisceaux du tissu conjonctif, leur trajet est toujours celui de l'interstice musculaire où précisément la résistance se trouve moindre que partout ailleurs.

Quand le point de section est atteint, au bout central succède le *névrome de régénération*, qui se constitue à la fois aux dépens du manchon périneuriculaire et des fibres nerveuses provenant directement des névricules centraux.

A partir du moment où le névrome de régénération se trouve complètement organisé, le processus change. Tantôt la masse névromateuse reste stérile sans donner naissance à aucune formation ultérieure; l'élément nerveux y devient de plus en plus rare et finit par disparaître. D'autres fois, aux dépens et dans l'intérieur du névrome, se constituent des névricules qui ne tardent pas à se perdre soit par une sorte de dispersion latérale, soit par une désagrégation de leurs faisceaux. Dans des circonstances plus favorables, lorsque par exemple le bout périphérique vient offrir aux névricules nouveaux une voie tracée à l'avance, ceux-ci s'engagent dans le champ épineural et se prolongent dans le segment périphérique, quelquefois jusqu'à l'extrémité du membre.

Il ne semble pas qu'il s'agisse dans ces derniers cas d'une substitution proprement dite des éléments nouveaux aux éléments périphériques dégénérés. Ce serait dans les interstices ménagés entre les anciens tubes et non dans les gaînes de ces tubes que la pénétration aurait lieu. Il ne faut qu'un très petit nombre de fibres nouvelles pour effectuer la rénovation du bout périphérique tout entier.

L'auteur pense avoir donné la démonstration de la possibilité d'une régénération complète, par *drageonnement* central, des nerfs périphériques sectionnés.

F. HENNEGUY.

Ueber Kerntheilung und vielkernige Zellen (Division nucléaire et cellules à plusieurs noyaux), par Julius ARNOLD (*Arch. f. path. An. u. Phys.*, *Band XCVIII*, *Heft* 3, *p.* 501).

Dans un travail sur l'anatomie du tubercule miliaire (*Arch. de Virchow*, LXXXVII, 1882), l'auteur avait admis que la cellule géante du tubercule était due dans la plupart des cas à la fusion de plusieurs cellules endothéliales voisines, il s'appuyait sur ce fait que certaines de ces cellules géantes forment un anneau complet autour d'un vaisseau.

Mais comme certaines cellules géantes proviennent manifestement dans les tumeurs d'une cellule primitivement unique dont le noyau s'est divisé, il reprend complètement cette étude et compare entre elles les diverses cellules multinucléées.

Dans les tumeurs (sarcome et carcinome), les cellules à noyaux multiples se montrent sous les deux types soit de fragmentation indirecte, soit de segmentation indirecte multiple, c'est-à-dire qu'elles dérivent bien d'une cellule unique ayant présenté la division nucléaire. Dans les ganglions lymphatiques atteints d'hypertrophie simple, on observe des cellules géantes reproduisant les deux types précédents, la fragmentation indirecte se voyant surtout dans les cas aigus, la segmentation indirecte multiple de préférence dans les hyperplasies chroniques. Si dans ce dernier cas on peut admettre que les cellules sont en voie de

métamorphose régressive, il ne peut être question de régression dans le cas d'hyperplasie aiguë.

Or, en étudiant les ganglions scrofuleux, l'auteur trouve que beaucoup de cellules géantes sont produites par division nucléaire, et quelques-unes sont en voie de développement et non de régression puisque l'on peut voir sur les bords de la cellule des échancrures qui indiquent que la cellule va se diviser; par contre, d'autres cellules sont en voie de régression. Dans son précédent travail, Arnold admettait, comme preuve de la confluence des cellules pour la formation des cellules géantes, la situation des noyaux à la périphérie de ces cellules.

Pour lui, les cellules géantes devaient toujours être en voie de régression. Il croit devoir revenir sur ces opinions, qui ne sont pas vraies dans tous les cas. Il pense donc que les cellules géantes du tubercule peuvent se produire non seulement par confluence, mais aussi par division endogène du noyau, et que la présence des noyaux à la périphérie peut s'observer dans ces cas de division endogène. Jusqu'à présent il n'a vu sur les cellules géantes du tubercule que la fragmentation indirecte, jamais la segmentation indirecte multiple. P. GALLOIS.

Sur le rôle des débris épithéliaux paradentaires, par L. MALASSEZ (*Archiv. de physiologie*, 15 *mai et* 15 *novembre* 1885).

Le rôle physiologique des débris épithéliaux paradentaires ne peut être précisé. Il semble que ce soit des essais avortés de dentition, ou plutôt des germes adamantins d'attente, analogues à ceux que l'on rencontre chez les animaux dont les dents se peuvent régénérer; ils serviraient alors à former les dents surnuméraires ou celles de troisième et de quatrième dentition.

Le rôle pathologique des débris épithéliaux paradentaires est mieux déterminé. Dans la carie dentaire simple ils conservent le même aspect que ceux rencontrés sur les dents saines. Dans la gingivite expulsive ils s'hypertrophient, se montrent formés de cellules plus volumineuses, et ressemblent complètement aux prolongements gingivaux, avec lesquels ils semblent se continuer ; plus tard, ils se desquament probablement, et se perdent dans le pus du catarrhe gingival. Dans certaines fongosités radiculo-dentaires ils peuvent également se montrer hypertrophiés. Enfin l'on est fondé à croire que les débris épithéliaux paradentaires sont le point de départ des kystes radiculo-dentaires, dentifères, odontoplastiques, uniloculaires simples, et multiloculaires, ainsi que du plus grand nombre des épithéliomas carcinomateux, malpighiens et adamantins des maxillaires. A. GILBERT.

Contribution à l'étude de l'artério-sclérose, par J.-B. DUPLAIX (*Arch. gén. de méd.*, *février et mars* 1885).

Ce travail apporte des arguments décisifs à la doctrine de la subordination des scléroses viscérales à l'artério-sclérose généralisée. L auteur s'est basé sur l'observation clinique et anatomo-pathologique complète de 17 cas, dont 6 se rapportent à des alcooliques, 2 à des syphilitiques 3 à des rhumatisants et 2 à des saturnins.

Dans un premier chapitre, Duplaix démontre la coexistence habituelle

de lésions scléreuses dans plusieurs organes et l'existence constante de l'artério-sclérose généralisée. C'est l'idée maîtresse du travail et la confirmation par une étude analytique et synthétique de tout ce qui a été récemment écrit sur les scléroses viscérales. Il serait difficile, dans cette courte analyse, d'en faire le résumé complet, mais nous devons une mention aux recherches de l'auteur sur la sclérose du système nerveux chez les saturnins et les vieillards. Celle-ci consiste en un épaississement de la névroglie et en une périartérite, point de départ de traînées fibreuses qui divisent la substance blanche en compartiments plus ou moins irréguliers; ce processus scléreux, plus considérable chez les vieillards que chez les saturnins, explique sans doute l'affaiblissement sénile du système nerveux, se manifestant surtout par du tremblement et une diminution de la sensibilité.

La coïncidence de scléroses viscérales multiples n'est pas en définitif un fait accidentel; elle est constante et dépend de la condition pathogénique générale qui provoque le développement de l'endo-périartérite. La prédominance du processus scléreux dans tel ou tel organe n'exclut pas sa présence dans les autres et ne peut trouver sa raison d'être que dans une prédisposition spéciale de cet organe ou dans une action plus directe et primitive de l'élément morbigène.

L'auteur, acceptant l'appellation de scléroses dystrophiques proposée par H. Martin, conclut avec lui que les scléroses viscérales liées à l'artério-sclérose ne sont pas le résultat d'un travail inflammatoire, mais d'un trouble nutritif. P. MERKLEN.

Zur Entstehung der Hauthämorragien (Sur la production des hémorragies cutanées), par **KOGERER** (*Zeitschrift für klinische Medicin, Band X, Heft* 3, *p.* 234-251).

Kogerer a étudié au point de vue histologique treize cas d'hémorragies cutanées. Il classe les lésions rencontrées dans l'ordre suivant : 1° altération des parois vasculaires; 2° thrombus; 3° infiltration sanguine; 4° pigmentation.

1° Les altérations des parois vasculaires atteignent leur *maximum* dans le stratum réticulaire, leur *minimum* au niveau des papilles. Elles sont plus marquées dans le scorbut que dans le purpura rhumatismal et le purpura cachectique. On trouve dans leur plus haut degré une endartérite étendue, avec épaississement, dégénérescence hyaline et graisseuse de la paroi. Le calibre du vaisseau est rétréci par prolifération endothéliale, le tissu conjonctif périvasculaire est infiltré de cellules rondes; cette altération du tissu conjonctif doit favoriser les ruptures des vaisseaux.

2° Les thrombus sont plus ou moins nombreux; on les voit surtout dans les petites veines, plus rarement dans les artérioles. Ils semblent jouer un grand rôle dans la rupture des parois vasculaires. Leur production s'explique par le ralentissement de la circulation et les altérations chimiques du sang. Kogerer n'admet pas les embolies capillaires de Leloir.

3° Au point de l'hémorragie on trouve du sang infiltré dans le tissu conjonctif. Ce sang a souvent subi une résorption presque totale.

L'hémorragie semble se faire ordinairement par déchirure, quelquefois par diapédèse.

4° La présence du pigment qu'on rencontre dans toutes les couches de la peau s'explique facilement par la résorption du sang.

M. DEBOVE.

De la nature parasitaire de la mélanose et de certaines tumeurs mélaniques, par L. BARD (*Lyon méd.*, 22 *mars* 1885).

En faveur de cette origine parasitaire, on peut invoquer des données cliniques : foyer primitif à l'extérieur, à l'extrémité d'un membre ; localisation et état stationnaire prolongés, généralisation très rapide. Au point de vue anatomo-pathologique, les tumeurs mélaniques peuvent se diviser en trois groupes : masses kystiques où tout le tissu envahi a disparu ; masses mélaniques simples circonscrites sous forme de tumeurs ; enfin, tumeurs n'ayant que de petits grains, au plus de petits foyers mélaniques.

Cette dernière variété est le type de la tumeur secondaire, de formation récente, constituant la première étape de l'évolution mélanique. La marche progressive de ces altérations, la présence des granulations pigmentaires au pourtour des foyers de propagation, leur accumulation de plus en plus intensive, au fur et à mesure de l'ancienneté de la lésion ou de l'envahissement de l'économie, ces faits anatomiques donnent à l'auteur l'idée que les grains mélaniques pourraient bien être eux-mêmes l'organisme parasitaire pathogène. Ce ne serait pas un microbe, mais un de ces organismes sporulaires, du genre du champignon de l'actinomycose, qui serait l'agent propagateur de cette affection. A. C.

Ueber die venöse Embolie u. s. w. (Sur l'embolie veineuse et le transport rétrograde dans les veines et les lymphatiques), par von RECKLINGHAUSEN, (*Arch. für path. An. u. Phys. Band C, Heft* 3, *p.* 503).

Recklinghausen a déjà décrit dans son traité de la pathologie générale de la circulation une variété de métastase qui serait due à une embolie veineuse par suite d'un « transport rétrograde ». Il en rapporte actuellement deux observations.

Dans le premier cas il s'agit d'un myxochondro-sarcome du tibia avec métastases dans divers points (os, muscles, poumon, estomac, etc.). Mais le fait le plus important était la présence de tumeurs métastatiques dans la veine rénale gauche et ses grosses branches, ainsi que dans divers points des veines pulmonaires de gros volume. Il faut admettre que dans le premier cas les particules cancéreuses entraînées par le courant sanguin de la veine crurale ont passé dans la veine cave inférieure et de là par transport rétrograde dans la veine rénale gauche. Dans le second cas il se trouvait des ganglions trachéo-bronchiques cancéreux, le néoplasme après avoir atteint la paroi postérieure de l'oreillette gauche avait fait saillie dans la cavité auriculaire ; ce seraient des fragments de ces tumeurs qui, par « transport rétrograde », auraient fourni les embolies veineuses des veines pulmonaires. Ces embolies déterminent, comme les embolies artérielles, des infarctus hémorragiques. Ces infarctus ne présentent pas la forme conique et ont des limites peu nettes, ce qui permet de les distinguer des infarctus dus à une embolie artérielle.

Pour expliquer le transport rétrograde, Recklinghausen pense que les

efforts de toux peuvent déterminer une sorte de reflux dans les veines dépourvues de valvules. Or, la toux chez le malade de Recklinghausen était provoquée par la compression exercée sur la trachée et les bronches par les ganglions intrathoraciques cancéreux.

La seconde observation est celle d'un soldat, qui, dans le cours d'une cirrhose veineuse, eut une phlébite suppurée septique de la veine rénale droite. A la suite de cette phlébite se développèrent de nombreuses métastases pyémiques (poumon, testicule, etc.). La cause de cette phlébite est restée inconnue, mais le fait intéressant c'est que Recklinghausen trouva des foyers de suppuration multiples sur le trajet des veines rénales dans les pyramides et dans la couche corticale, ainsi que dans les veines du hile et du bassinet. Il pense que de petits caillots chargés de microcoques partis du foyer primitif situé sur le tronc même de la veine rénale ont suivi un trajet rétrograde et sont allés former des abcès au niveau des petites veines et des capillaires. Dans ce cas, le transport rétrograde se serait fait à l'intérieur de l'organe primitivement atteint.

Recklinghausen pense que son interprétation permet d'expliquer les faits de métastases dans lesquels le trajet suivi par l'embolus n'avait pu être défini.

Recklinghausen admet le transport rétrograde non seulement dans les veines dépourvues de valvules, mais même dans les lymphatiques. Il rapporte à l'appui de son opinion une observation publiée par von Perewerseff dans les *Archives de Virchow* (LIX, p. 227), mais qu'il interprète autrement que celui-ci. Il s'agissait d'un malade ayant présenté des masses cancéreuses dans le rein, le poumon et les ganglions lombaires thoraciques et cervicaux. Von Perewerseff avait pensé que la tumeur primitive était celle du rein. Recklinghausen admet, au contraire, que c'est le cancer des ganglions lombaires qui était le premier en date; le rein n'aurait été atteint que secondairement par transport rétrograde allant des ganglions lombaires aux lymphatiques du rein.

P. GALLOIS.

Atrophie des maxillaires supérieurs, par DUBRUEIL (*Gaz. hebd. de Montpel.*, n° 29, 1885).

Homme de 33 ans. Il y a un an environ le malade a commencé à perdre ses dents sans souffrance, elles s'ébranlaient puis tombaient spontanément pendant la mastication ou bien le malade les arrachait avec les doigts. Aucune n'était cariée; les molaires tombèrent d'abord; six mois après, et sans qu'il y ait eu de douleurs, il ne restait aucune dent à la machoire supérieure. Après la chute des dents, le bord gingival s'est aminci, ulcéré, puis sont survenues des hémorrhagies par les narines et on a pu à ce moment extraire par les fosses nasales des fragments d'os recouverts de muqueuse. A cette époque le malade a éprouvé dans les membres inférieurs, surtout la nuit, des douleurs fugaces. Quand X... entre à l'hôpital, la voûte palatine affecte une forme triangulaire, aspect cicatriciel sur les côtés, fistule communiquant avec les fosses nasales à gauche; à droite, où l'on a retiré une esquille, existe une petite ulcération. Mort le 15 avril, avec des phénomènes d'affection cardiaque.

A l'autopsie on constate : une endocardite ulcéreuse, des congestions passives et de l'anasarque généralisée. Le cerveau était petit (1, 225 gr.), les lobes frontaux surtout paraissent peu développés.

La moelle a été examinée soigneusement par Carrieu (région cervico-dorsale). Les méninges sont épaissies à la partie postérieure, la dure-mère

surtout. L'altération médullaire siège dans le sinus formé par l'écartement des cornes postérieures. La sclérose est diffuse et arrive jusqu'aux cornes postérieures. Elle est surtout marquée à l'extrémité de la corne postérieure droite, où les faisceaux conjonctifs volumineux ont étouffé les tubes nerveux. L'altération paraît augmenter à mesure que l'on monte dans la région cervicale, elle diminue dans la région dorsale, où elle finit par disparaître. Le bulbe, les noyaux du maxillaire supérieur et ces nerfs eux-mêmes n'ont pu être examinés. Des portions de l'os maxillaire supérieur enlevés *post mortem* présentaient simplement les lésions de la nécrose.

Dubrueil rapproche de ce fait les très rares exemples publiés d'atrophie des maxillaires supérieurs; sans entrer dans des commentaires à ce sujet, il regarde comme intéressant d'avoir démontré que la moelle n'était pas indemne chez ce sujet, et que la myélite siégeant à la région postérieure n'était ni une sclérose radiculaire postérieure, comme dans l'ataxie, ni une sclérose systématique des cordons de Goll. Y a-t-il même une corrélation étroite entre cette sclérose diffuse postérieure et l'atrophie des maxillaires? C'est ce que Dubrueil ne croit pas pouvoir affirmer.

A. MOSSÉ.

Perforation spontanée de la trachée et de l'œsophage chez un ataxique, par J. TEISSIER et FAVEL (*Ann. des mal. de l'oreille, novembre* 1885).

Cette lésion fut trouvée à l'autopsie d'un ataxique, elle n'avait donné lieu à aucun symptôme caractéristique (accès de suffocation) pendant la vie.

Les deux poumons présentent dans les lobes inférieurs les signes de pneumonie lobaire franche. La trachée est remplie d'aliments liquides qui pénètrent jusque dans les premières ramifications bronchiques. On trouve sur la trachée, à 2 centimètres du cartilage cricoïde, une perforation postérieure, à bords taillés à pic, irréguliers, communiquant avec l'œsophage, dont la perforation a une forme ellipsoïde.

Les auteurs considèrent cette lésion comme de nature trophique et la désignent sous le nom de mal perforant de la trachée et de l'œsophage.

A. C.

Delle alterazioni dell'esofago nella tubercolosi, par Luigi MAZZOTTI (*Riv. clin. di Bologna, janvier* 1885).

L'auteur, après avoir résumé les cas de ce genre cités jusqu'ici, publie quatre observations personnelles :

1° Enfant de 10 ans, mort de leptoméningite tuberculeuse. A l'autopsie, en dehors des lésions de la maladie, on trouve à la surface interne du conduit œsophagien, dans la partie inférieure, de petites ulcérations parsemées de granulations blanc grisâtre. Le microscope fait reconnaître des tubercules à divers degrés d'évolution et on décèle facilement la présence d'un grand nombre de bacilles.

2° et 3° Homme de 39 ans et femme de 37 ans, chez lesquels la lésion, tout aussi caractéristique, ne fut trouvée qu'à l'autopsie;

4° Homme de 65 ans, phtisique avancé, qui avait la bouche presque toujours pleine de matière purulente provenant des voies aériennes et qui l'avalait, n'ayant pas la force de la rejeter. A l'autopsie on trouve des cavernes aux sommets des deux poumons. Dans l'œsophage, nombreux points où l'épithélium manque, le tissu sous-jacent est hyperémié et infiltré de cellules lymphoïdes. Pas de bacilles.

Sans conclure d'une façon absolue, M... estime qu'on est en droit d'admettre pour la tuberculose du tube digestif, dans quelques cas, une infection locale par les produits déglutis, et dans d'autres, une manifestation d'une maladie plus ou moins généralisée. BALZER.

Calcareous masses found in the pleural cavity (Masses calcaires trouvées da la plèvre), par James PATON (*Glasgow med. Journ., mai* 1885).

Homme de 70 ans, avec artères athéromateuses, quoique non alcoolique ni syphilitique, entré à Greenock Asile pour une pleurésie suppurée pour laquelle on fit une ponction, puis la thoracotomie d'une côte, le tout sans arrêter les progrès de la maladie. Pendant l'opération d'empyème, on put noter l'épaississement considérable de la plèvre et la présence de particules crayeuses dont on retira des débris.

A l'autopsie, on trouve à la base une large cavité remplie de pus avec des débris calcaires. Adhérences très intimes de la plèvre au thorax. En arrière, vers l'angle de l'omoplate, on trouve une autre cavité, et à l'intérieur, avec du pus, une masse calcaire du volume d'une orange.

L'auteur regarde ce cas comme un exemple de ce que l'on appelle l'ossification de la plèvre.

Il n'a trouvé qu'une observation analogue publiée par Clark (*Lancet*, 4 avril 1885.) A. C.

Beiträge zur pathologischen Histologie des Darmes (Contribution à l'étude de l'histologie pathologique de l'intestin), par M. SCHEIMPFLUG (*Zeitschrift für kliniche Medicin, Band IX, Heft* 1, *p.* 40-70, *Heft* 2, *p.* 150-173).

Scheimpflug étudie d'abord une maladie dont les caractères cliniques sont encore bien loin d'être fixés, l'atrophie de l'intestin. Il a cherché à déterminer tout au moins ses caractères anatomiques.

L'examen macroscopique ne fournit que très peu de renseignements; il s'en faut, en effet, que l'amincissement de la paroi coïncide toujours avec l'atrophie. Celle-ci peut parfaitement se rencontrer, alors qu'existe un épaississement très notable. Il faut donc de toute nécessité recourir au microscope pour la reconnaître.

Il est fort rare que l'atrophie soit généralisée. Cette forme anatomique ne se rencontre que chez des individus cachectiques arrivés au dernier degré du marasme. Le plus ordinairement l'atrophie est circonscrite; son siège de prédilection est le cæcum et les portions avoisinantes de l'intestin.

L'atrophie est très souvent limitée à la couche muqueuse. C'est donc a tort que Jurgens attribuait le principal rôle à l'atrophie des fibres musculaires. L'idée de Blaschko que l'atrophie de l'intestin est toujours la conséquence de lésions nerveuses n'est pas non plus justifiée.

Voici quels sont, d'après Scheimpflug, les principaux caractères histologiques de cette atrophie de la muqueuse :

1° La muqueuse présente des inégalités d'épaisseur; les villosités deviennent très irrégulières et finissent par disparaître entièrement;

2° Le tissu conjonctif proliférant enserre les glandes de Lieberkuhn qui finissent par se séparer de la membrane basilaire, par dégénérer et par disparaître ;

3° La muqueuse se trouve finalement réduite à une mince couche

de tissu conjonctif où n'existe plus trace de glandes ni de villosités :

4° Parfois, au contraire, il arrive que les cellules épithéliales des glandes qui semblent jouer un grand rôle dans le processus régressif ne disparaissent pas entièrement ; les glandes peuvent alors se régénérer en partie et même en totalité ;

Si prononcées que soient ces altérations, il peut se faire qu'elles n'entraînent pendant la vie aucun trouble fonctionnel bien net. Leur principale cause semble être le catarrhe aigu qui amène l'inflammation du tissu conjonctif. L'action du catarrhe chronique semble beaucoup plus rare.

Scheimpflug s'est servi pour ces différentes études histologiques de préparations durcies par le bichromate de potasse et l'alcool absolu, colorées ensuite par l'hématoxyline ou le picrocarmin.

Scheimpflug a également étudié les altérations des plexus nerveux intestinaux.

Cette étude est rendue difficile par les altérations cadavériques.

Les lésions semblent fréquentes, si fréquentes qu'il est bien difficile de fixer l'état normal. Les principales causes des altérations sont d'une part les maladies aigues (maladies infectieuses et empoisonnements), d'autre part quelques maladies chroniques aboutissant à la cachexie, et en particulier l'alcoolisme. Les lésions aigues du système nerveux central semblent exercer égalcment une influence. Mais il ne semble pas qu'il y ait d'altérations primitives de ces plexus. M. DEBOVE.

Altérations du cerveau et de la moelle épinière chez les chiens dans la rage, par N. KOLESNIKOFF (*Thèse de Saint-Pétersbourg*, 1885).

Les vaisseaux sanguins sont altérés en premier lieu. Leur paroi présente une prolifération de ses éléments avec infiltration de leucocytes, celle-ci existant aussi dans le tissu nerveux ambiant, à un degré variable suivant la durée de la maladie. On observe en outre, disséminées irrégulièrement, des masses hyalines plasmatiques et des dépôts de pigment d'origine hématique. Ces diverses altérations présentent un caractère de constance qui leur donne une haute valeur. A. N.

Sur un microbe dont la présence paraît liée à la virulence rabique, par H. FOL (*Acad. des sciences*, 14 *décembre* 1885).

En employant la méthode de durcissement et de coloration des coupes d'Ehrlich et Weigert, et en ne prenant que des coupes de 1/200 de millimètre, Fol est arrivé à reconnaître dans la moelle d'animaux rabiques des éléments qu'on ne trouve pas dans la moelle saine. Ce sont des groupes de petits globules, qui ont tout l'aspect de microcoques, logés dans la névroglie ou dans des cavités qui ont le diamètre d'une fibre à myéline. Ces grains sphériques sont disposés sans ordre défini et ne forment pas de chapelets.

En ensemençant un liquide de culture avec un cerveau rabique, on retrouve ces éléments dans le dépôt des cultures. Or ce dépôt, si on l'inocule avant le 5e jour, donne dans un certain nombre de cas la rage, mais avec une durée d'incubation un peu plus longue. L'inoculation des cultures dépassant le 6e jour n'a rien donné. A. C.

Note sur un cas d'inclusion scrotale, par CORNIL et P. BERGER (*Archives de physiologie*, 15 *mai* 1885).

La tumeur qui fait l'objet du travail de Cornil et Berger est intéressante au double point de vue anatomique et chirurgical.

En récapitulant ses caractères anatomiques, on voit qu'elle se compose : 1° d'une poche adhérente en un point au corps d'Highmore du testicule, poche d'ailleurs indépendante de cet organe, et dont la paroi se présente comme une simple membrane fibreuse; la cavité de cette poche renfermait une matière sébacée, mélangée de poils, analogue au contenu des kystes dermoïdes; 2° d'un bourgeon relié à la paroi kystique par un large pédicule, faisant dans la cavité du kyste une notable saillie; ce bourgeon présente un revêtement tégumentaire complet; il renferme à son centre des ganglions nerveux, des faisceaux de fibres de Remak et une cavité muqueuse pourvue de glandes.

Comme conclusion pratique, le fait de Cornil et Berger permet d'établir en principe que les inclusions scrotales ou testiculaires sont d'un diagnostic possible et qu'elles doivent être enlevées de bonne heure, autant que possible avant la puberté, à une époque où le voisinage du produit anormal n'a pas encore entravé le développement du testicule; l'opération pratiquée selon le procédé de Berger permettra le plus souvent de ménager un organe dont la conservation n'est pas moins avantageuse au point de vue de son résultat sur le moral de l'opéré, qu'à cause de l'importance réelle des fonctions que l'appareil génital est destiné à remplir. A. GILBERT.

Note sur les lésions histologiques de l'ongle incarné ou onyxis latéral, par E. SUCHARD (*Soc. anat.*, 19 *décembre* 1884).

D'après l'examen qu'il a fait de nombreuses pièces, l'auteur interprète ainsi que suit la production de l'ongle incarné. Sous l'influence d'une irritation mécanique, les cellules enflammées du repli du bord de l'ongle prolifèrent et il se produit une hypertrophie papillaire très accusée. Les cellules de la matrice de l'ongle sont atteintes par la même inflammation et suivent alors comme celles du repli le processus de la kératinisation épidermique qui vient remplacer sous l'ongle celui de la kératinisation unguéale. Il s'agit donc d'une inflammation des cellules du lit et de la matrice de l'ongle aboutissant à la production d'éléidine au lieu de substance onychogène. Plus tard, le derme réagit, s'enflamme, suppure et des fissures se produisent avec le décollement de l'ongle. A. C.

Corps étranger ou corps mobile de la gaine du tendon du jambier antérieur gauche, constitué par un membre surnuméraire, par U. TRÉLAT (*Bulletin de la Soc. de chirurgie*, 1885, *t. XI*, *p.* 466-469).

L'examen anatomique et histologique de la petite tumeur enlevée, qui mesurait 4, 3 et 1,5 centimètres dans ses divers diamètres, montre qu'elle est constituée par deux os normaux, jeunes, encore en état de croissance et développés comme tous les os normaux aux dépens du tissu cartilagineux. La partie non encore ossifiée du cartilage et encore en état de prolifération revêt les surfaces de l'articulation qui réunit ces deux pièces. Il semble rationnel d'admettre que le plus long des deux

os a été pendant un temps plus ou moins long en continuité avec un point de l'astragale ou du scaphoïde, continuité révélée par une petite surface osseuse libre qu'on remarque sur la pièce.

Trélat pense en somme que la tumeur est congénitale et qu'elle représente dans son ensemble un membre surnuméraire à squelette complet. C'est un cas absolument exceptionnel. M. HACHE.

PATHOLOGIE EXPÉRIMENTALE.

Étude sur l'action physiologique du chloroforme, par G. PALIS (*Thèse de Paris*, 1885).

L'auteur s'est proposé d'étudier l'action du chloroforme sur les échanges organiques, et, en particulier, sur la quantité d'acide carbonique éliminé par les poumons. Gubler annonçait qu'il y avait accroissement de la proportion d'acide carbonique exhalé : c'était une simple hypothèse.

Nothnagel et Rossbach admettent tout aussi arbitrairement qu'il y a diminution des combustions organiques (1880). L'auteur prend la question expérimentalement. Il suit le procédé employé par Quinquaud et Gréhant pour pratiquer l'anesthésie et doser l'acide carbonique contenu dans l'air expiré. On note, chez un chien, la quantité normale d'acide carbonique exhalé en un temps donné dans une certaine quantité d'air ; puis on soumet l'animal aux inhalations chloroformiques, et l'air expiré est de nouveau soumis à l'analyse.

Les résultats varient selon la durée de l'influence chloroformique. Au bout de quelques minutes, il y a une très légère augmentation de l'acide carbonique exhalé ; après une demi-heure ou une heure il a une diminution notable; pas de changements après deux heures. Pendant une phase de 24 à 48 heures après l'anesthésie l'augmentation est très nette.

Dans l'intoxication chronique, l'acide carbonique augmente au début pour diminuer de moitié après une vingtaine de jours pendant lesquels l'animal a été soumis aux inhalations. Quelques jours après la cessation des inhalations on constate une grande augmentation dans l'exhalation de CO^2. L'anesthésie n'a pas imprimé de modifications persistantes à l'état des combustions respiratoires. DASTRE.

Recherches de calorimétrie, par Ch. RICHET (*Archives de physiologie*, *30 septembre et 15 novembre* 1885).

La production de chaleur est, sur un animal normal, sous la dépendance des trois conditions suivantes : 1° la surface de l'animal (ce qui signifie que moins son volume est considérable, plus sa surface est relativement étendue) ; 2° la température extérieure ; 3° l'état du tégument, la radiation calorique étant d'autant moins grande que la toison est plus épaisse.

La production de chaleur est plus grande lorsque l'animal est rasé, lorsqu'il est enduit d'huile de lin ou de vernis, lorsqu'il est aspergé d'eau

froide, lorsqu'il est électrisé. Un animal blanc fournit moins de chaleur qu'un animal gris ou noir. La cocaïne élève la production de chaleur ; le chloroforme produit des effets qui varient avec la dose et le moment où l'on en étudie l'influence. Enfin, la piqûre du cerveau détermine une élévation de température qui coïncide avec une production exagérée de calorique. A. GILBERT.

Experimentelle Untersuchungen und Studien über Contracturen der Stimmbandmuskeln (**Recherches expérimentales et études sur les contractures de la glotte**), par **H. KRAUSE** (*Arch. f. path. An. u. Phys., Band XCVIII, Heft* 2, *p.* 294).

Pendant la respiration normale, la situation des cordes vocales est réglée par la tonicité réflexe des dilatateurs de la glotte. Une constriction subite ou une pression graduellement croissante exercée sur un récurrent non altéré produit en général une paralysie totale de ce nerf. Parfois et pour des causes inconnues, ces expériences peuvent déterminer une contracture réflexe persistante. Comme cette contracture disparaît par la section du laryngé supérieur, il est vraisemblable qu'elle est produite par l'excitation de filets sensibles unissant les nerfs laryngés supérieur et inférieur. Si l'on commence par isoler le récurrent et appliquer sur lui une ligature légère, et qu'ensuite on exerce sur lui une pression modérée, on détermine des secousses cloniques des cordes vocales. A la suite de ces expériences se produisent des lésions inflammatoires du nerf et son excitabilité s'accroît, elle va même jusqu'à produire une contracture permanente des muscles ; si la contracture semble porter exclusivement sur les constricteurs de la glotte, c'est que normalement ils ont une énergie plus grande que les dilatateurs. Ces contractures peuvent disparaître si l'on supprime la constriction qui leur a donné naissance. Ainsi donc la névrite du récurrent ne suffit pas pour produire le spasme de la glotte, il faut qu'à cette influence prédisposante s'ajoute l'action déterminante d'une pression qui peut être modérée. Ces phénomènes correspondent exactement à ceux que l'on observe à la suite de lésions d'autres nerfs (corps étrangers, névromes, blessures par armes à feu, etc.). L'explication proposée par l'auteur pour les contractures de la glotte lui semble donc préférable à celle qui admettait une affection exclusivement limitée aux dilatateurs. Cependant on peut observer dans certains cas de véritables paralysies des dilatateurs par suite de lésions périphériques (cancer de l'œsophage) ou de lésions centrales s'accompagnant de paralysies, mais ces faits lui paraissent rares et insuffisamment démontrés ; il pense que dans les lésions centrales (sclérose, tumeurs, encéphalite, etc.), il s'agit plutôt de phénomènes de contractures portant sur toute la zone d'innervation du récurrent avec action prédominante des constricteurs de la glotte physiologiquement plus puissants. P. GALLOIS.

Ueber die Beziehungen der Grosshirnrinde zu Kehlkopf und Rachen (**Sur les relations de l'écorce cérébrale avec le larynx et le pharynx**), par **KRAUSE** (*Archiv für Anat. und Phys., p.* 303, 1885).

L'auteur, sous la direction de Munk, a entrepris des expériences sur le chien. L'animal est profondément narcosé. On met à nu la surface cor-

ticale du lobe occipital et l'on recherche le *gyrus præfontalis* (Owen). C'est là le point que Munk a désigné comme le centre de projection des mouvements du larynx. — Pour observer les effets de l'excitation de ce point de l'écorce, on se sert du laryngoscope; ou bien, l'on observe directement le larynx, après avoir pratiqué la pharyngotomie sous-hyoïdienne, en ayant soin de respecter les nerfs récurrents. — Ces deux méthodes furent abandonnées. Le laryngoscope ne permet guère d'obtenir de bons résultats à cause du développement du cartilage aryténoïde. D'autre part l'opération de la mise à nu du larynx est sanglante et dure longtemps. Il est plus facile de saisir avec un crochet courbe l'épiglotte et de l'attirer au dehors; le regard peut alors pénétrer facilement jusque dans la cavité du larynx. — Ceci fait, l'on excite le gyrus préfrontal, sur la portion de surface déclive séparée du *sulcus crucialis*, par un vaisseau sanguin très visible. Avec un courant faible appliqué à ce point on produit des mouvements répétés du larynx. Avec un courant plus faible on obtient en outre des contractions plus ou moins énergiques de la musculature du cou : élévation du larynx, élévation du voile du palais, contractions du pharyngien supérieur, de la partie postérieure et dorsale de la langue et de l'arc palatoglosse, enfin, fermeture de la glotte et de l'entrée du larynx. Les recherches pratiquées au moyen de l'extirpation confirment les expériences d'excitation. On est parvenu à conserver pendant quatre à cinq mois des chiens à qui l'ablation de la zone corticale avait été faite. On a observé des modifications de la voix : affaiblissement, raucité, pendant les premiers temps : après quelques semaines on n'observait plus de changements chez huit de ces animaux où l'opération avait bien réussi; il y avait perte évidente de la représentation idéale des dispositions des cordes vocales nécessaires à la phonation : quelques-uns avaient conservé les dispositions relatives aux réflexes communs des cordes vocales tels qu'ils existent pour la phonation des nouveau-nés. Soltmann avait déjà fait une observation analogue. Il avait enlevé des deux côtés la totalité des lobes préfrontaux et postfrontaux, et il avait réussi une fois à conserver l'animal. — Il ne présentait aucune altération de la motilité : seulement il n'aboyait pas comme un chien de son âge ; mais il jappait comme un nouveau-né. On n'a pas observé de modifications dans le mécanisme de la déglutition.

L'auteur a enfin observé les dégénérations secondaires consécutives à l'extirpation d'un côté et il s'est assuré que les corps mamillaires étaient une station essentielle ou principale sur le trajet des fibres venant du gyrus préfrontal. Ces résultats sont en désaccord avec ceux de *Gudden*, qui prétend que les branches du fornix forment un faisceau indépendant et isolé; mais ils sont confirmés par les recherches de *von Monakow*, qui, après l'extirpation de l'écorce cérébrale du lobe occipital droit, a constaté une atrophie de la branche droite du fornix et de la corne d'Ammon, tandis que le faisceau de Vicq d'Azyr était bien conservé et sensiblement égal au gauche. DASTRE.

Ueber die Vaguspneumonie, par GÄRTNER (*Soc. des méd. de Vienne*, 23 *janvier* 1885).

Les animaux qui ont subi la section des pneumogastriques au cou succombent par le fait d'une broncho-pneumonie spéciale, attribuée par

Traube à l'introduction des corps étrangers (facilitée par la paralysie du larynx), par Schiff à une paralysie vaso-motrice.

Pour résoudre cette question, l'auteur a entrepris une expérience délicate : la section des deux nerfs vagues au-dessous de l'émergence des récurrents, et par conséquent dans le thorax. Des deux chiens opérés par lui, l'un a vécu 13 jours et est mort d'inanition ; il n'offrait à l'autopsie aucune lésion pulmonaire ; l'autre a vécu 46 jours et n'a succombé que par le fait d'une fistule gastrique pratiquée le 30e jour ; ses poumons ne présentaient que quelques infarctus hémorragiques, probablement agoniques et indépendants de la section des nerfs.

La conservation des récurrents a donc protégé les poumons : la théorie de Traube est exacte. L. GALLIARD.

Ueber Apnœ bei Kaltblütern und neugeborenen Saügethieren (De l'apnée chez les animaux à sang froid et chez les nouveau-nés), par H. ARONSON (*Archiv für Anat. und Phys., p.* 267, 1885).

L'auteur insiste sur cette conclusion de ses expériences, à savoir que ni chez les vertébrés à sang froid, ni chez les mammifères nouveau-nés l'on ne peut produire l'apnée. Il pratique chez des grenouilles la respiration artificielle, de manière à remplir et vider les poumons deux fois par seconde. Lors même que cette insufflation artificielle et exagérée a duré pendant cinq minutes, elle ne laisse après elle ni apnée, ni seulement un ralentissement des mouvements respiratoires. De même, chez la tortue, on enregistre les mouvements respiratoires au moyen d'un dispositif facile à imaginer : on constate l'irrégularité normale de ces respirations. Si l'on pratique la respiration artificielle exagérée, on n'aperçoit, après cessation, aucun arrêt plus prolongé de la respiration. Les mammifères nouveau-nés (jeunes chats de 24 heures) sont dans les mêmes conditions. Il semblerait, d'après cela, que le sang des poïkilothermes ne puisse être saturé d'O par la respiration artificielle. L'insufflation exagérée, qui, chez les mammifères, empêche la strychnine de provoquer des convulsions, est, au contraire, impuissante chez les grenouilles. Le sang des jeunes mammifères est dans la même situation : le mélange des deux sangs, réalisé ici par le trou de Botal, rend la saturation impossible et par suite l'apnée, conséquence de la saturation. Le fait principal mis en lumière par ce travail avait déjà été aperçu et signalé par *Max. Runge* et *Preyer*. DASTRE.

Ueber Absorbirung des Fettes u. s. w. (Absorption de la graisse chez l'adulte et l'enfant dans les maladies fébriles et apyrétiques), par W. TSCHERNOFF (*Arch. f. path. An. u. Phys., Band XCVIII, Heft* 2, *p.* 231).

Il est important de savoir comment s'absorbent les différentes substances alimentaires pendant l'état de fièvre, pour savoir comment on doit alimenter les malades. L'auteur s'occupe exclusivement de la graisse et plus spécialement de la graisse contenue dans le lait. Sur les animaux, lorsqu'on augmente d'une façon exagérée la quantité de graisse ingérée, l'absorption de la graisse s'accroît, mais on accroît également la quantité des graisses contenues dans les matières fécales. L'addition d'eau, de sels alcalins à base de soude ou de chaux ne paraît pas augmenter d'une

façon appréciable la quantité de graisse absorbée ; ce résultat diffère de ceux qu'a obtenus Botkine.

L'enfant même à la mamelle se comporte comme l'adulte pour l'absorption des graisses soit à l'état sain, soit pendant la fièvre. La fièvre diminue l'absorption des graisses, mais d'un façon peu considérable. Ainsi à l'état sain on absorbe près de 95 0/0 des graisses; pendant la fièvre, on absorbe près de 90 0/0. La diminution est d'environ 7 0/0. Il est assez remarquable que la fièvre typhoïde est une des affections fébriles qui diminue le moins l'absorption des graisses.

L'auteur pense que cette absorption relativement considérable des graisses tient aux propriétés des cellules épithéliales des villosités, qui seraient douées de véritables mouvements amiboïdes.

L'auteur a cherché à préciser sous quel état les graisses étaient absorbées. Il pense qu'elles ne se dédoublent pas en leurs principes constitutifs : glycérine et acides gras, mais qu'il se ferait une véritable combinaison chimique des acides gras et des acides biliaires, les uns et les autres restant unis à la glycérine. C'est sous cette forme que les graisses pourraient être absorbées. P. GALLOIS.

I. — Ueber die automatischen Bewegungen des Magens (Sur les mouvements automatiques de l'estomac), par HOFMEISTER et SCHUTZ (*Archiv für experimentelle Pathologie und Pharmakologie, Band XX, Heft* 1 *et* 2, *p.* 1, 1885).

II. — Ueber die Wirkungen einiger Gifte auf die automatischen Bewegungen des Magens (Action de certains poisons sur les mouvements automatiques de l'estomac), par SCHUTZ (*Tageblatt der* 58*ten Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte. Strasbourg, p.* 158, 1885).

Dans le premier mémoire, Hofmeister et Schutz font connaitre les expériences sur lesquelles ils se fondent pour poser en fait que :

1° L'estomac qu'on vient d'extirper sur un animal (chien) vivant conserve encore, dans de certaines conditions d'expérimentation, l'aptitude à exécuter des mouvements d'une énergie et d'une amplitude considérable; il faut pour cela expérimenter dans une chambre saturée de vapeur d'eau et dont la température est maintenue à 37°. Naturellement, les contractions, qu'on observe dans ces conditions sur l'estomac privé de toutes ses attaches avec les autres organes, ne peuvent succéder qu'à des impressions ayant leur source dans la paroi stomacale;

2° Ces contractions des parois de l'estomac affectent un caractère de périodicité et se font suivant un type régulier, comme si elles tendaient à faire progresser le contenu de l'estomac du cardia vers le pylore.

Des résultats fournis par leurs expériences, les deux auteurs ont tiré un certain nombre de déductions concernant la physiologie des mouvements de l'estomac. Enfin, ils ont utilisé l'aptitude que conserve l'estomac extirpé à effectuer des mouvements péristaltiques dans certaines conditions expérimentales, pour étudier l'influence que les toxiques les plus communément employés en thérapeutique exercent sur les mouvements. Schutz a communiqué, au dernier congrès des naturalistes et médecins allemands (1885), les résultats de cette seconde série d'expériences :

1° Les poisons suivants affaiblissent ou arrêtent totalement les mou-

vements automatiques de l'estomac : atropine ; cocaïne, nicotine et pilocarpine, à faibles doses seulement ; chloral ;

2° Les poisons suivants augmentent le nombre des mouvements automatiques de l'estomac, accélèrent ces mouvements et leur impriment un caractère atypique : strychnine et nicotine à faibles doses ; caséine, vératrine, tartre stibié, émétine et apomorphine ;

3° D'autres poisons n'arrêtent pas les mouvements automatiques de l'estomac, mais impriment à l'appareil musculo-nerveux de cet organe une modification telle, qu'une fois en état de contraction, il ne peut plus se relâcher ou ne se relâche que très lentement; ce sont : la muscarine, la physostigmine, les substances du groupe de la digitale (digitaline, elléboréine, scillaïne). E. RICKLIN.

Ueber den Einfluss der Pilze auf die Bildung von Riesenzellen mit wandständigen Kernen (De l'influence des micro-organismes cryptogames sur le développement des cellules géantes à noyaux pariétaux), par M. NAEGELI (*Archiv für experimentelle Pathologie und Pharmakologie*, *B. XIX*, *Heft* 1 *et* 2, *p.* 101, 1885).

Sous la direction de Langhans, Naegeli a repris les recherches que ce dernier avait consignées dans un mémoire paru en 1870 et qui l'avaient conduit à attribuer un rôle considérable aux cellules géantes dans la résorption des épanchements de sang. A l'époque où Langhans fit ses premières recherches on se préoccupait fort peu de l'antisepsie, soit qu'on portât l'instrument tranchant sur des animaux dans un but expérimental, soit qu'on opérât sur l'homme. En faisant pénétrer un scalpel sous la peau d'un animal pour déterminer une hémorragie, on avait donc les meilleurs chances d'introduire au voisinage ou dans l'épaisseur du foyer hémorragique des microbes venus du dehors. Ces microbes interviennent-ils pour une part quelconque dans le travail de résorption? Telle est la question que Naegeli s'est proposé de résoudre. Dans ce but, il a institué deux séries parallèles d'expériences, négligeant à dessein, dans l'une, de prendre les précautions antiseptiques dont il avait soin de s'entourer dans l'autre. Les expériences ont été faites sur des pigeons. Nous passons sur les détails de la technique opératoire, qui se trouvent exposés au long dans le mémoire de l'auteur.

L'intéressant est de savoir que toujours les cellules géantes développées à la surface d'un caillot coexistent avec des microcoques, les premières manquant lorsque ceux-ci faisaient défaut. Et Naegeli de conclure que les micro-organismes venus du dehors fomentent en quelque sorte le développement des cellules géantes à noyaux pariétaux, à la surface des épanchements de sang, en vertu d'une action chimique exercée sur le caillot. Détail important à noter, les microbes dont la présence a été constatée à la surface des caillots sous-cutanés, dans les expériences de Naegeli, étaient d'espèces variées, mais il ne se trouvait point parmi eux de bacilles de la tuberculose. Or il est admis aujourd'hui que les cellules géantes ne représentent pas des organismes appartenant en propre à la tuberculose. E. RICKLIN.

Note sur quelques phénomènes du refroidissement rapide, par P. BERT (*Comptes rendus de la Société de Biologie,* 8 *août* 1885).

L'auteur a fait ses expériences sur des chiens plongés dans un courant d'eau froide. Les animaux mouraient quand ils étaient arrivés à la température de 20° environ; la durée de la vie variait avec le poids de l'animal et l'épaisseur de sa fourrure. Le refroidissement est d'autant plus lent, dans un temps donné, que l'abaissement de température est déjà plus avancé; l'auteur a pensé que ce fait tenait à la diminution progressive de la rapidité du cours de sang, et de la tension artérielle. Le renouvellement du sang à la superficie de la peau se faisant avec moins d'énergie, il y a perte de moins en moins grande au contact, et par suite conservation plus longue de la température. Toutes les influences qui tendent à diminuer la force de la circulation doivent ralentir le refroidissement. Tel est l'effet de la saignée. La digitaline augmente la résistance au froid en abaissant la tension cardiaque. La section du pneumogastrique, en activant la circulation, diminue au contraire le temps nécessaire pour arriver au refroidissement. L'excitation régulière, toutes les cinq minutes, du bout périphérique du pneumogastrique, en affaiblissant les battements du cœur, prolonge la chaleur. Le cadavre d'un animal tué brusquement se refroidit beaucoup plus lentement que le corps d'un animal vivant. F. H.

Ueber das Vorkommen von Mikroorganismen im lebenden Gewebe gesunder Thiere (Sur la présence de micro-organismes dans les tissus vivants d'animaux sains), par HAUSER (*Archiv für experimentelle Pathologie und Pharmakologie, Band XX, Heft* 1 *et* 2, *p.* 162, 1885).

Hauser a fait des expériences qui ont été conduites de la façon suivante : des animaux en bonne santé ont été sacrifiés au moyen d'un coup violent porté sur la nuque. En se soumettant aux précautions les plus rigoureuses destinées à assurer une antisepsie parfaite, l'opérateur dépouillait l'animal encore chaud, et enlevait avec des instruments tranchants, rougis au feu, des fragments de chair et de différents organes. Ces pièces anatomiques étaient ensuite conservées dans des récipients soumis à un flambage préalable et contenant soit de l'air ou des gaz qui avaient été filtrés à travers un bouchon d'ouate, soit de l'eau ou des bouillons de culture préalablement stérilisés. Au bout d'un certain temps de séjour dans le milieu ambiant, les fragments d'organes étaient retirés et examinés au point de vue de la présence éventuelle de micro-organismes, et de même pour l'eau et les bouillons de culture. Les résultats de ces recherches ont dicté à l'auteur les conclusions suivantes :

1° Dans les humeurs et les tissus vivants d'animaux sains, il n'existe ni germes de putréfaction ni autres espèces de bactéries ;

2° Quand on les tient à l'abri de tout contact de schizomycètes, les tissus des animaux, conservés dans l'air, dans les gaz tels que l'oxygène, l'hydrogène, l'acide carbonique, dans l'eau, dans les bouillons de culture, subissent des métamorphoses régressives, semblables à celle qu'on observe dans les tissus du corps vivant, lorsque ceux-ci sont

frappés de nécrose consécutivement à de simples troubles de nutrition et sans intervention aucune de bactéries ;

3° Les produits de décomposition qui proviennent de la dissociation des tissus, dans les conditions susdites, sont dépourvus de toute propriété pathogène. E. RICKLIN.

Contribution à la morphologie des bacilles tuberculeux et à la tuberculose dite « zoogléique », par André OBRZUT (*Arch. slaves de biologie, t. I, p.* 174).

Il n'existe aucun cas de tuberculose dans lequel on ne puisse, par une bonne méthode, déceler la présence du bacille de Koch. Les micro-organismes que Malassez et Vignal regardent comme zooglées n'existent pas indépendamment des bacilles, et leur présence tient ou bien à ce que la méthode de coloration employée par ces auteurs favorise le fractionnement des bacilles, qui prennent alors l'aspect de coccus, ou bien a rendu visibles leurs spores seuls, grâce à une discontinuité dans la coloration. On sait en effet que le bacille de Koch n'a pas la forme d'un bacille au sens strict du mot, mais, se présente sous l'aspect de granulations rondes ou un peu allongées de grosseur partout uniforme, le nombre des granulations qui entre dans la constitution d'un bacille étant du reste variable. A. NICOLAS.

Sur la quantité de bacilles contenus dans les crachats des tuberculeux, par Z.-Ch. ZENKEVITCH (*Meditsins. Obozrenïe, n°* 1, *p.* 3, 1885).

Le nombre des bacilles n'est pas proportionnel à l'état de destruction des poumons, mais au degré de la fièvre qui dépend de la rapidité avec laquelle le poumon se détruit. Contrairement à Balmer et Fræntzel, le nombre des bacilles n'atteint pas son maximum dans les derniers jours de la vie. A. N.

Der Bacillus der Pseudotuberculose, par EBERTH (*Fortschritte der Medicin, n°* 22, 1885).

Sous la dénomination de pseudo-tuberculose, Eberth décrit une maladie identique macroscopiquement à la tuberculose vraie, mais en différant par les caractères bactériologiques. Il a étudié cette curieuse affection sur le cochon d'Inde, et en dernier lieu sur le lapin; ses plus récentes recherches tendent à lui faire admettre qu'il s'agit là d'un processus absolument identique à celui que Malassez a décrit sous le nom de tuberculose zoogléique ; toutefois, il n'a jamais trouvé de micrococcus comme ce dernier auteur, mais toujours de véritables bacilles. Histologiquement, ces masses sont constituées par des cellules embryonnaires, plus ou moins développées, dont les plus centrales forment des masses amorphes, réfractaires à la coloration, quelquefois nécrosées ou caséifiées. Quant au microorganisme qui détermine l'évolution de ce processus, il est arrivé, après plusieurs essais, à le colorer au moyen d'une solution de bleu de méthylène dans de la potasse (100 centimètres cubes d'une solution de potasse au dix-millième, auxquels on ajoute 30 centimètres cubes d'une solution alcoolique concentrée de bleu de méthylène); les coupes sont laissées dans cette solution de six à soixante-douze heures. Les bacilles sont alors bien distincts, et l'on peut constater facilement qu'ils

forment des chaînettes plusieurs fois repliées sur elles-mêmes, constituées par des bacilles plus ou moins allongés; souvent aussi on voit des amas formés d'une grande quantité d'individus isolés. Ces bacilles, deux à trois fois plus longs que larges, dont le diamètre dépasse plus de deux fois celui du bacille de la tuberculose, se colorent souvent d'une façon plus accusée aux extrémités, si bien qu'au premier abord, les deux pôles, seuls colorés, pourraient faire croire qu'il s'agit de micrococcus.

Ces microorganismes se tiennent généralement au centre des nodules; dans les plus jeunes, ce sont surtout des bacilles disposés en chaînettes repliées; dans les nodules plus anciens, déjà nécrosés, on constate à côté d'amas considérables de bacilles isolés, des bacilles en chaînettes, de même que dans les parties périphériques. Cette distribution des microorganismes explique bien pourquoi l'évolution de la pseudo-tuberculose se fait sous forme de nodules. W. ŒTTINGER.

Mikroorganismen bei den Wund-Infectionskrankheiten des Menschen (Microorganismes des maladies traumatiques infectieuses de l'homme), par **P.-J. ROSENBACH** (*Wiesbaden*, 1884).

Durant 3 ans, Rosenbach a soumis à des cultures, pour y rechercher les micro-organismes, tous les cas d'affections traumatiques infectieuses qui se sont offerts à son observation.

Dans les suppurations et abcès, il a trouvé 4 sortes différentes de microcoques. Les plus fréquents de ces microcoques affectent des groupements en forme de nuées, de grappes de raisin, d'œufs de poisson; Rosenbach les dénomme staphylocoques pyogènes et en distingue 2 variétés, suivant que leurs colonies sont d'un jaune doré (staphylococcus aureus) ou, au contraire, blanches (staphylococcus albus).

Au sein des abcès tout à fait bénins on rencontre la 3e sorte de microcoques, qui est à peine visible dans les cultures, ce qui l'a fait baptiser par Rosenbach micrococcus-pyogenes tenuis. Enfin la dernière sorte de microcoque constitue des chaînettes, d'où son nom de streptocoque pyogène.

Le pus des abcès chroniques n'a fourni aucun micro-organisme cultivable ; mais, inoculé à des animaux, il les a toujours rendus tuberculeux ; on doit donc considérer les abcès chroniques comme le produit du bacille tuberculeux.

Dans les suppurations graves, phlegmons, pleurésies purulentes, se rencontrent les mêmes organismes que dans les simples abcès : tantôt les staphylocoques seuls, tantôt les streptocoques isolés, tantôt les deux.

Sur 15 cas d'ostéomyélite, Rosenbach a récolté 14 fois le microcoque de Becker, qu'il déclare identique au streptocoque doré; une seule fois c'était le staphylocoque blanc.

Quant à l'infection septique, il croit son étiologie complexe et ne pense pas qu'elle soit le résultat d'un bacille fixe; il l'explique au contraire par la résorption des produits de putréfaction.

Rosenbach est parvenu à découvrir 3 bacilles producteurs de la putréfaction fétide avec ou sans intervention de l'air : il les dénomme bacille saprogène n° 1, bacille saprogène n° 2, et bacille saprogène n° 3.

Le bacille saprogène n° 1 n'est bien actif qu'en présence de l'air et n'est pas pathogène pour les animaux. Rosenbach l'a rencontré dans les mucosités fétides sécrétées par le pharynx.

Le bacille saprogène n° 2 provient des sueurs fétides des pieds ; il détermine la putréfaction même à l'abri de l'air et est pathogène pour les lapins.

Le bacille saprogène n° 3, obtenu d'une fracture septique du fémur, agit avec ou sans intervention d'air, il est délétère pour les lapins.

Le staphylocoque doré se retrouve aussi dans les cas d'infection septique.

Dans la carie dentaire, Rosenbach a rencontré entre autres un petit staphylocoque irrégulier qui, à l'abri de l'air, détermine une vive putréfaction avec dégagement de gaz; mais il n'a pas réussi à l'obtenir pur. Rosenbach a retrouvé le même organisme dans une morsure septique ayant la même odeur que la carie dentaire.

Dans 2 cas de gangrène progressive avec phénomènes généraux d'infection septique, il n'a trouvé que le streptocoque pyogène,

Chez 2 malades atteints d'emphysème gangréneux progressif, il a constaté la présence de bacilles à spores terminales qu'il n'a pu cultiver, mais qui rappelaient ceux du charbon symptomatique du bœuf.

Pour Rosenbach, la pyohémie est une maladie infectieuse provoquée par des organismes doués de la propriété de produire du pus partout où ils arrivent : tous les symptômes locaux et généraux de l'infection purulente s'expliquent par les microcoques ordinaires du pus.

Dans 6 cas de pyohémie avec métastase, 5 fois il y avait, soit dans le sang, soit dans les dépôts métastatiques, le streptocoque pyogène, 2 fois il coexistait avec l'acinocoque et une fois seulement il n'y avait que ce dernier.

Dans l'affection érysipéloïde des doigts, observée chez les gens qui manipulent des matières animales, Rosenbach a pu cultiver un coque de configuration irrégulière qui, inoculé au bras, détermina un sentiment d'ardeur et de démangeaisons avec formation d'une auréole rouge brun.

J. B.

Beziehungen der Microorganismen zur Eiterung (Les microorganismes et la suppuration), par KLAMPERER (*Zeitsch. für klin. Medicin, Band X, p.* 158-193).

Klamperer a fait sur l'inflammation produite par les substances caustiques un très grand nombre d'expériences. Le résultat constant a été que cette inflammation n'aboutit jamais à la suppuration, s'il n'y a pas intervention de microbes. Les résultats contraires, obtenus par d'autres auteurs, ne peuvent s'expliquer que par quelque faute commise dans les précautions antiseptiques.

En se servant de cantharidine, d'essence de moutarde, de pétrole, Klamperer a produit une inflammation très vive, mais qui jamais n'a suppuré. L'effet de l'huile de croton, de la térébenthine, du mercure est encore plus intense. En petites quantités ces substances déterminent une exsudation séreuse. En quantités plus considérables elles déterminent une exsudation fibrineuse avec nécrose par coagulation du tissu ambiant. Mais cette nécrose a lieu sans suppuration.

La suppuration survient au contraire si l'antisepsie n'est pas minutieuse. Dans le pus on trouve alors des micrococci; il est facile d'en faire des cultures; celles-ci n'échouent que si le liquide d'ensemencement a été

pris après la mort des microbes. Klamperer montre ensuite comment on peut expliquer par les propriétés vitales des microbes les deux conditions fondamentales de toute suppuration. Entre la suppuration et l'inflammation simple il y a des différences quantitatives et qualitatives. Les premières sont une extravasation plus forte des leucocytes, une tendance à l'extension plus marquée, des troubles de l'état général plus intenses. Les différences qualitatives consistent surtout en ce que l'exsudat reste liquide bien que riche en substances capables de produire de la fibrine (Fibringeneratoren). Il est probable que l'extravasation des leucocytes, les troubles de l'état général sont produits par une substance toxique et phlogogène provenant des microbes. La progression de ces microbes le long des vaisseaux explique l'extension de l'inflammation. Si la coagulation de la fibrine ne se produit pas, c'est parce que le liquide ne renferme pas de matière fibrinogène, celle-ci étant transformée en peptone par les microbes au fur et à mesure de sa production. Un des facteurs nécessaires à la formation de la fibrine est ainsi absent. Cette production de peptones par les microbes résulte de nombreuses expériences; elle explique bien la présence des peptones dans le pus.

M. DEBOVE.

Ueber Züchtung der Bacillen des malignen Œdems (Culture des bacilles), par **HESSE** (*Deutsche med. Woch.*, n° 14, 1885).

Dans l'œdème malin, provoqué chez les souris par l'introduction de poussières sous la peau, on voit le tissu conjonctif semé de bacilles que l'auteur a cultivés d'après le procédé de Gaffky.

Sous l'influence de la chaleur, il constate au bout de quelques heures, dans l'agar-agar, un nuage blanchâtre constitué par une colonie importante de bacilles. Ce qui caractérise ces bacilles, c'est l'obstacle qu'apporte à leur développement l'accès de l'air : aussi la couche superficielle de l'agar-agar reste transparente. Pendant le premier jour, la multiplication progresse, et l'on voit même apparaître des spores. Au bout de quelques jours, on ne trouve plus de bacilles faciles à colorer, mais des spores libres en grand nombre.

Les cultures dans la gélatine ne fournissent de résultat qu'au bout de quelques jours.

Le produit des cultures est toujours propre à transmettre aux souris l'œdème malin. L. GALLIARD.

Ueber die Beziehung der Phagocyten zu Milzbrandbacillen (Relations des phagocytes et des bactéridies charbonneuses), par **Elias METSCHNIKOFF** (*Arch. f. path. An. u. Phys. XCVII, Heft* 3, *p.* 502).

Metschnikoff admet que dans toute maladie causée par des microbes, il s'établit une lutte entre les organismes inférieurs et les cellules de l'organisme supérieur envahi. Les résultats de cette lutte amènent soit la mort soit la guérison de l'animal infecté. Ce sont surtout les leucocytes qui ont la propriété de défendre les animaux contre l'envahissement des microbes, ils absorbent et détruisent ceux-ci ; aussi Metschnikoff leur donne le nom de phagocytes. Dans le présent travail, l'auteur étudie les phases de cette lutte entre les animaux supérieurs et la bactéridie charbonneuse (Voy. *R. S. M.*, XXV, 69).

Il rappelle que divers auteurs, Koch en particulier, ont trouvé des bactéridies à l'intérieur des leucocytes, et d'autre part des leucocytes qui semblaient avoir éclaté. Mais ces auteurs n'ont pas donné, d'après Metschnikoff, l'interprétation exacte de ces faits. Pour constater que les leucocytes ont la propriété d'absorber la bactéridie charbonneuse, il mêle sur une lamelle une goutte de bouillon charbonneux avec quelques gouttes de lymphe de grenouille ; en examinant au microscope, il voit les leucocytes s'approcher des bactéridies, les saisir avec leurs prolongements et les faire pénétrer dans leur protoplasma. La bactéridie, ainsi englobée, se fragmente et se détruit. Un leucocyte qui a absorbé ainsi un certain nombre de bactéridies augmente de volume et peut présenter des vacuoles, quelquefois il éclate véritablement, mettant en liberté les bactéridies non entièrement digérées. L'auteur a reproduit sur une série de dessins l'évolution de ce processus.

Inoculant ensuite des grenouilles avec un liquide charbonneux, il constate des phénomènes analogues. Ainsi donc, sur un animal à sang froid, comme la grenouille, réfractaire au charbon, l'auteur constate que les leucocytes absorbent et détruisent la bactéridie.

Mais, renouvelant les expériences de Gibier, il maintient des grenouilles à une température de 35 à 37°, les inocule, constate qu'elles deviennent charbonneuses, et s'assure que, dans ce cas, les leucocytes ne contiennent presque pas de bactéridies, et que par contre celles-ci fourmillent dans le plasma sanguin. Il semble donc que, dans ce cas, les bactéridies, se trouvant dans des conditions qui leur étaient plus favorables, se sont multipliées et ont vaincu la résistance des leucocytes. Des expériences de même ordre entreprises sur le lézard et la tortue ont donné des résultats analogues.

Si l'on étudie le sang des mammifères morts de charbon, on constate de la leucocytose, mais les leucocytes contiennent peu de bactéridies, celles-ci sont au contraire en grand nombre dans le plasma. Mais si l'on inocule ces animaux, non pas avec un bouillon charbonneux, mais avec un vaccin charbonneux, on observe les phénomènes inverses, les leucocytes absorbent les bactéridies qui ne se multiplient presque pas. Pour observer cette différence d'une façon plus frappante, l'auteur inoculait en même temps le même lapin à une oreille avec un vaccin, à l'autre avec un bouillon charbonneux. Enfin, il inoculait avec un liquide très virulent des animaux préalablement vaccinés, et constatait que là encore les leucocytes semblaient absorber et détruire les bactéridies. Pour qu'une vaccination assure l'immunité, il faut qu'elle ait été faite au moins dix jours auparavant ; or, l'auteur remarque qu'il faut attendre environ dix jours pour que toutes les bactéridies d'un vaccin soient entièrement détruites.

L'auteur discute ensuite les hypothèses émises auparavant pour expliquer la présence des micro-organismes à l'intérieur des cellules (gonococcus, bacille tuberculeux). On pensait qu'ils avaient pénétré d'eux-mêmes dans les cellules, mais Metschnikoff fait remarquer que les bacilles tout au moins ne sont pas mobiles, ils n'ont donc pas envahi activement la cellule animale, ils ont été au contraire absorbés passivement par elle. Il pense donc que l'élément qui résiste aux micro-organismes c'est la cellule. Pour Koch ce serait le plasma liquide ; ainsi

chez le chien, par exemple, il formerait un milieu défavorable au développement du bacille tuberculeux. Metschnikoff n'admet pas cette hypothèse, il fait même remarquer que Koch a obtenu des cultures de bacilles sur le sérum de chien aussi facilement que sur le sérum des herbivores.

Dans certains cas (tuberculose, lèpre), le leucocyte, après avoir absorbé des bacilles, peut être tué par eux, alors il se rompt et met en liberté les microbes qui peuvent alors continuer leur envahissement.

P. GALLOIS.

Die Schiksale der Osteomyelitiskokken im Organismus (Destin des microcoques de l'ostéomyélite dans l'organisme), par RIBBERT (*Berliner klinische Woch.*, *n°* 51, *p.* 822, 22 *décembre* 1884).

Les expériences de Ribbert ont généralement consisté à injecter dans le sang des émulsions de culture des microcoques de l'ostéomyélite.

Dans le cours de la première heure, déjà la plus grande partie d'entre eux a disparu du sang. On a de la peine à en découvrir et assez souvent on les trouve fixés à des globules blancs.

Dans le cours des 24 premières heures, on en découvre dans tous les organes. Ils sont le plus abondants dans le foie, dans les poumons et dans les glomérules du rein ; ils sont moins nombreux dans la rate et les ganglions.

Plus tard, ils disparaissent de tous les organes, sauf des reins. Il est certain toutefois qu'ils ne meurent pas, mais qu'ils sont transportés plus loin par le torrent circulatoire.

Leur localisation dans les reins reconnaît plusieurs causes dont la principale est d'ordre mécanique, c'est l'obstruction embolique. La texture des glomérules explique ce séjour des micro-organismes, tandis que dans le poumon et le foie de nombreuses anastomoses facilitent leur entraînement, qui est encore favorisé par leur lent développement et leur peu de tendance à provoquer des thromboses.

Au niveau des reins, on peut facilement suivre les diverses phases de la croissance des masses emboliques dans une anse glomérulaire. Mais ce n'est jamais que dans un très petit nombre de glomérules, car les petits groupes de micro-organismes existant au début dans presque tous les glomérules disparaissent comme dans le foie et le poumon.

C'est aux processus emboliques qu'il faut rapporter la production des abcès dans les muscles et les articulations, notamment dans les portions des jointures formées par le tissu conjonctif, où le courant sanguin n'est pas assez vif pour entraîner les microcoques.

Une autre cause de la localisation rénale des micro-organismes, c'est que, comme dans d'autres maladies infectieuses, le rein est un de leurs lieux d'élimination : 6 heures après l'injection, on voit déjà de grosses colonies de microcoques dans les tubes urinifères, flexueux et droits ; ils s'y arrêtent volontiers, et occasionnent par leur développement des abcès. J. B.

Ueber die Färbung der Recurrens-Spirillen in Blutpräparaten (Coloration des spirilles de la fièvre récurrente dans les préparations de sang), par GÜNTHER (*Fortschritte der Medicin*, *n°* 23, 1885).

Voici le procédé de coloration des spirilles que recommande l'auteur :

avant la coloration, il plonge la lamelle recouverte du sang desséché dans une solution d'acide acétique à 5 0/0 et la laisse pendant 10 secondes environ. La lamelle desséchée est exposée quelques instants à des vapeurs d'ammoniaque, de façon à neutraliser entièrement l'excès d'acide acétique, puis elle est lavée, enfin on la plonge dans la solution colorante ; celle qui donne les meilleurs résultats est la solution d'Ehrlich de violet de gentiane. W. ŒTTINGER.

Recherches sur le microbe de la fièvre typhoïde de l'homme, par V. TAYON (*Gaz. hebd. de Montpellier, mai* 1885).

Dans ce travail l'auteur expose les moyens qu'il a employés pour isoler le microbe typhique, pour le rendre virulent et assurer sa propagation sur des animaux. Après avoir essayé vainement de faire passer le contage typhoïdique de l'homme aux animaux, il eut l'idée de le cultiver dans un milieu artificiel dépourvu de germes et de pratiquer des inoculations avec le résultat de ces cultures. Les bouillons étaient ensemencés avec du sang d'un typhique. Le milieu de culture a le plus souvent été constitué par du sérum de sang pris dans le cœur de divers animaux. Après quelques heures, il devenait généralement trouble à cause de la présence des microbes.

Le virus, ainsi obtenu, était injecté au moyen de la seringue de Pravaz soit dans le tissu cellulaire sous la peau, soit dans la cavité péritonéale. D'une manière générale les divers animaux mis en expérience étaient assez peu sensibles à l'inoculation par la voie sous-cutanée, ils l'étaient davantage quand l'injection avait lieu dans le péritoine, le cobaye surtout était sensible, et dans plusieurs expériences cet animal ainsi inoculé a succombé après quelques heures.

Les lésions observées dans ces cas ont été variables (hémorragies de l'iléon, congestion de l'intestin, congestion et tuméfaction des plaques de Peyer, des ganglions mésentériques, congestion du foie, des reins, des poumons), mais la localisation principale dans l'intestin et l'aspect extérieur des lésions expérimentalement déterminées portent Tayon à les considérer comme typhiques.

Avec le sang pris dans le cœur des cobayes morts après l'inoculation Tayon ensemençait d'autres milieux, et en injectant à d'autres animaux (lapin, cobaye, chien, chat, rat, etc.) quelques centimètres cubes (de 1 à 6 centimètres cubes) de ces nouveaux virus il parvenait souvent à obtenir des résultats analogues aux premiers. En répétant plusieurs fois cette manière de faire, l'auteur a pu instituer 5 séries d'expériences, aboutissant aux mêmes résultats et qui lui semblaient démontrer suffisamment qu'en ensemençant le sang des typhiques dans un milieu convenable il était possible de rendre le virus de l'homme mortel pour les animaux. Pour lui, les précautions qu'il était nécessaire d'employer pour conserver la virulence, ainsi que les lésions spéciales, indiquaient bien qu'il propageait le microbe spécifique.

La symptomatologie ne pouvait être la même chez les animaux que chez l'homme, cependant « le chien gémit, a une forte diarrhée, sa langue est pâteuse, sèche, très rouge à la pointe et sur les bords. Vers la 20e heure on peut voir des taches rosées sur la peau. »

Ces expériences en série ont abouti à un autre résultat assez curieux.

S'il est impossible de transmettre la maladie en inoculant du sang typhique frais à un animal de la même espèce et s'il faut le cultiver pour faire paraître cette virulence dans certaines conditions, ce même liquide est virulent pour des animaux d'espèces différentes. Ainsi le sang du chat fait mourir le lapin, celui du chien agit sur le cobaye.

Mais si le sang des typhiques ne présente pas, bien que contenant de nombreux microbes, les propriétés virulentes des bouillons dans lesquels il a été mis en culture, il n'en est plus de même pour les sérosités péritonéales, virulentes, qui se produisent très rapidement dès que l'on a injecté du virus, même en quantité très petite dans le péritoine. La sérosité ainsi produite chez le chien, le lapin, le cobaye sont virulentes pour des animaux de la même espèce, et peuvent déterminer la mort; mais en passant successivement dans la séreuse péritonéale d'individus de même espèce leur virulence s'atténue et à la fin on ne peut que difficilement reconnaître leur action nocive.

Le porc est complètement resté réfractaire aux inoculations typhiques.

Tayon a aussi essayé de transmettre la fièvre typhoïde par ingestion, mais sans résultats probants. A. MOSSÉ.

Ueber den Nachweis der Typhusbacillen im Darminhalt und Stuhlgang (Présence du bacille typhique dans les parois de l'intestin et les matières fécales), par **PFEIFFER** (*Deutsche med. Woch.*, n° 29, 1885).

L'auteur déclare qu'il a trouvé le bacille de la fièvre typhoïde dans les matières fécales. Il ne s'est pas contenté de l'examen histologique des préparations : il a cultivé les parasites dans l'agar-agar liquéfié à une haute température, puis ramené à 40°. Au bout de deux ou trois jours, il a vu apparaître des colonies très nettes d'éléments brunâtres animés de mouvements actifs. Dans une préparation sèche, les bacilles, colorés au bleu de méthyle, ont les dimensions des bacilles décrits comme caractéristiques de la fièvre typhoïde et présentent les valvules observées par Gaffky.

Ils offrent cette particularité de former dans les pommes de terre des cultures invisibles à l'œil nu, visibles au microscope. C'est là, comme on sait, le caractère distinctif des bacilles de la fièvre typhoïde.

L'auteur a retrouvé les mêmes bacilles dans les parois intestinales.

L. GALLIARD.

I. — **Ueber die Dauerformen der Sogenannten Kommabacillen** (Des formes durables des bacilles virgules), par **HUEPPE** (*Fortschritte der Medicin*, n° 19, 1885).

II. — **Zum mikroskopichen Nachweig von Cholerabacillen in Dejectionen** (Etude microscopique du bacille cholérique dans les déjections), par **SCHOTTELIUS** (*Deutsche med. Woch.*, n° 14, 1885).

I. — Hueppe a étudié directement les modifications que présentent les bacilles-virgules au point de vue de l'existence possible de formes durables de ce micro-organisme. Il s'est servi pour cela d'un porte-objet creux recouvert d'une lamelle stérilisée, sur la face inférieure de laquelle il plaçait une couche très mince de gélatine ou d'agar-agar ensemencée. Voici les faits qu'il a pu constater. La bacille virgule se développe en longueur assez rapidement sous forme de fil allongé, recourbé en vrille; l'aspect varie plus ou moins, et l'on observe une figure analogue à la

forme décrite sous le nom de vibrion ou semblable aux micro-organismes morphologiquement connus sous le nom de spirochètes, de spirilles, spiruline ; plus tard, en un point de ce fil spécial allongé, sur une longueur semblable à celle d'un bacille virgule isolé, se forment deux petits corpuscules arrondis, brillants qui dépassent à peine en diamètre l'épaisseur du fil spirale ; la continuité de ce dernier est interrompue à ce niveau, puis ces corpuscules sphériques, immobiles s'écartent l'un de l'autre, entourés qu'ils sont d'une zone gélatiniforme ; enfin ils deviennent plus nombreux et arrivent parfois à constituer de véritables petites masses semblables à des zooglées. Ces corpuscules ne se multiplient pas par division, mais ils proviennent de la transformation des bacilles recourbés formant par leur réunion le fil spirale. Ils ne représentent donc pas des spores endogènes, mais des arthrospores, organes de fructification pouvant donner naissance à un nouveau bacille virgule, ainsi que Hueppe a pu le constater directement. Ces organismes entourés de leur zone gélatiniforme résistent mieux que le bacille à certaines conditions destructives, telles que la sécheresse.

Hueppe propose d'établir parmi les microbes en spirale la classification suivante en se basant sur le mode de reproduction bien plus que sur les formes extérieures de ces microorganismes si sujettes à présenter des variations : les *vibrions* seraient les fils spirales qui se multiplient par formation de spores endogènes, et qui présentent au niveau où se forment celles-ci un épaississement de leur diamètre ; les *spirilles*, tout en possédant le même mode de production, ne présenteraient pas cette modification morphologique dans leur épaisseur ; enfin, les *spirochètes* se développeraient par des arthrospores. W. OETTINGER.

II. — L'auteur a étudié le choléra aux environs de Turin. Les déjections du début ne contiennent pas de bacilles et dans les cas très aigus les bacilles peuvent faire totalement défaut. Les cas moins rapides fournissent des bacilles depuis le second jour. La meilleure matière colorante est la solution aqueuse de fuchsine chauffée.

L'auteur a fait, avec un succès constant, des cultures dans la gélatine d'après le procédé de Koch, et constaté le rapide développement des bacilles-virgules qui s'effectue en 24 heures, beaucoup plus vite que celui des autres bactéries instestinales.

Les bacilles du choléra ont besoin d'air et s'accumulent, par conséquent, à la surface des liquides de culture : c'est donc là qu'on les trouve d'abord, ce qui permet d'arriver au diagnostic au bout d'un temps très court.

L'auteur n'a pas trouvé dans ses préparations le bacille de Finkler-Prior.

L. GALLIARD.

Note sur les injections intraveineuses d'urée pure à dose toxique, par QUINQUAUD (*Compt. rend. de la Soc. de biologie*, 27 *juin* 1885).

Les expériences au nombre de 8 ont été faites sur des chiens. La dose toxique est d'environ 3 grammes par kilogramme d'animal ; à cette dose la mort peut survenir au bout d'un temps assez éloigné (11 jours). A la dose de 2 grammes par kilogramme, l'injection intra-veineuse d'urée n'amène pas la mort chez le chien. A dose plus élevée, 10, 6 et 4 grammes, la mort a lieu soit presque immédiatement après l'injection

(10 heures), soit dans la nuit qui suit l'injection. L'exhalation pulmonaire d'acide carbonique diminue de moitié quelques heures après une injection de 4 grammes par kilogramme. Elle ne paraît pas subir de modifications après une injection de 2 grammes par kilogramme. Le sang, les humeurs, les tissus contiennent de plus des quantités d'urée chez les animaux intoxiqués. F. H.

An experimental and clinical study of air embolism, par SENN (*Transact. of the Americ. surg. Assoc., vol. III, p.* 197 *à* 313).

Après un historique avec index bibliographique, l'auteur étudie l'influence du cœur et de la respiration sur la circulation veineuse, et en particulier l'aspiration de l'air dans le sinus longitudinal supérieur. Bien que la pression soit dans les veines du crâne plus élevée que dans les veines de toute autre partie du corps, lorsqu'un sinus est ouvert et communique avec l'air, la perte soudaine de sang crée dans le crâne une tendance au vide, l'air pénètre alors et gagne le cœur droit. Une éponge aseptique sur le sinus blessé, l'irrigation continue du champ opératoire (dans un cas de Volkmann, le sinus fut ouvert durant l'extirpation d'un sarcome de la dure-mère : embolie gazeuse mortelle), la ligature préventive du sinus, sont les ressources dont on dispose. Si la plaie est petite, on fera une ligature latérale : la suture, souvent impraticable, est toujours dangereuse : on évitera les causes qui diminuent la pression intra crânienne, en particulier l'élévation de la tête, qui est ici la cause la plus directe de la pénétration de l'air.

De l'examen des faits cliniques et des résultats de ses expériences, l'auteur conclut que l'air en petite quantité dans le ventricule droit, détermine peu de troubles respiratoires ou circulatoires ; plus abondant il pénètre dans les capillaires du poumon et le ventricule gauche, le danger croissant avec la quantité d'air introduit. Le mécanisme de la mort, — variant selon la quantité d'air admis, l'intervalle de temps écoulé entre l'entrée de l'air et la mort, la localisation et la distribution des emboles — est double ; distension du cœur droit et paralysie en diastole, ou asphyxie par oblitération embolique de la circulation pulmonaire.

La pénétration de l'air dans le système artériel par embolie produit l'ischémie cérébrale avec hyperémie collatérale parfois hémorragique ; puis cet air traverse les capillaires et arrive au cœur droit.

La distension soudaine du ventricule droit par insufflation directe d'air paralyse le cœur en diastole, et l'auteur a cherché si la ponction du ventricule droit avec aspiration de l'air, enlevant la cause de cette distension, ne conjurerait pas les accidents. 10 expériences sur les animaux (9 chiens, 1 mouton) lui ont montré que l'on peut ponctionner le cœur avec un petit aspirateur sans grand danger, et que l'aspiration précoce de l'air (avant son passage dans l'artère pulmonaire) a pu sauver la vie à des animaux en expérience. L'hémorragie causée par la ponction n'est pas suffisante pour être dangereuse.

Puis l'auteur a tenté l'évacuation du sang spumeux du ventricule à l'aide d'un cathéter introduit par la jugulaire — ce qu'avait proposé autrefois Magendie. La formation de thrombus à l'intérieur ou autour du cathéter rend seule ce mode d'intervention inférieur à la ponction du cœur.

Pour éviter l'entrée de l'air durant les opérations portant sur la zone

dangereuse, l'auteur recommande : 1° que la respiration du malade soit bien régulière ; 2° la position horizontale ; 3° la compression entre le cœur et le champ opératoire avant d'ouvrir une veine, la ligature préventive quand on la juge sacrifiée : un tampon antiseptique avec légère compression si le vaisseau est inaccessible.

Si malgré ces précautions l'accident se produit, la compression digitale ou permanente, la ligature, arrêteront l'entrée de l'air : le patient sera couché horizontalement pour prévenir l'anémie cérébrale et diminuer la pression sanguine: pour empêcher le cœur de se laisser distendre par l'air qu'il doit chasser dans le poumon, des inhalations de nitrite d'amyle dilateront les capillaires, et seront le moyen le plus efficace : l'électricité n'a été d'aucun secours dans les expériences.

Les embolies gazeuses oblitèrent les capillaires du poumon, le cœur droit ne peut se vider, le système veineux est plein de sang, d'où l'urgence de la saignée : on n'aura qu'à laisser couler le sang par le bout périphérique de la veine blessée. Les mouvements respiratoires forcés ne sont guère pratiques : le seul moyen d'enlever l'air du cœur est la ponction (ou cathétérisme) avec aspiration. On fera avec un aspirateur aseptique de 2 millimètres de diamètre une ponction de bas en haut, à 1 pouce 1/2 du bord gauche du sternum dans le 4e espace intercostal. Les indications de ce moyen extrême sont :

1° L'entrée de l'air entraînant aussitôt la distension et la paralysie du ventricule droit, déterminant un collapsus immédiat ou une suspension complète du cœur. — La cause de distension étant enlevée, le cœur reprend ses fonctions.

2° Le patient est en collapsus, mais le cœur a résisté : il est tumultueux : la respiration est rapide, ce qui indique que de l'air a passé dans l'artère pulmonaire ; puis le cœur de plus en plus distendu, se ralentit. — La ponction, en retirant du ventricule droit de l'air et du sang spumeux, pourra faire gagner du temps au ventricule, l'aider, et sauver le patient.

MAUBRAC.

Zur Frage ueber den Einfluss vom Blutdrucksteigerungen (La pression du sang et les anévrismes), par LEVASCHEW (*Zeitschrift für klinische Medicin, Band IX, p.* 341-375).

Afin de démontrer l'influence qu'exerce l'augmentation de la tension sanguine sur l'élasticité des vaisseaux et sur la production des anévrismes, Levaschew a institué sur des chiens une série d'expériences intéressantes.

Après avoir pratiqué une fistule, il comprimait plusieurs fois par jour l'aorte abdominale au moyen du doigt. Cette compression n'était prolongée que pendant trois à cinq minutes, le fonctionnement du système vaso-moteur permettant d'admettre que les augmentations de tension qui peuvent survenir chez l'homme ne sont jamais de longue durée.

Les animaux furent facilement gardés en expérience pendant plusieurs mois. Levaschew gardait en même temps un certain nombre d'animaux témoins auxquels il n'avait pratiqué qu'une fistule et sur lesquels il ne faisait pas la compression. Ces diverses recherches n'ont guère porté

que sur les chiens, les chats et les lapins supportant très mal les expériences.

En sacrifiant les animaux, Levaschew trouva une dilatation de l'aorte dans toute la portion située au-dessus du point comprimé. Cette dilatation atteignait son *maximum* au niveau de la portion ascendante et de la crosse. La paroi du vaisseau était devenue mince, elle présentait une coloration grisâtre et terne. Chez un des animaux, on trouva même une plaque d'athérome récente. L'élasticité avait souvent entièrement disparu, d'où une friabilité très grande. Toutes ces lésions atteignaient comme la dilatation leur *maximum* au niveau de la crosse. Les altérations étaient moins marquées sur les diverses branches émanées de l'aorte. Peut-être la plus grande quantité de fibres musculaires qui existe dans la tunique moyenne des petits vaisseaux leur permet-elle de résister mieux que les gros aux augmentations de pression. Le cœur ne présentait pas de lésions bien nettes.

Ces expériences permettent de mieux comprendre les conditions étiologiques des anévrismes, l'influence des professions, du siège de l'artère, etc. M. DEBOVE.

Epilepsia acetonica, ein Beitrag zur Lehre von den Autointoxicationen (Epilepsie acétonique, contribution à l'étude des auto-intoxications), par JAKSCH (*Zeits. für klin. Medicin, Band X, Heft* 4, *p.* 362-384).

L'acétonurie dans l'empoisonnement par les viandes corrompues est assez rare. Jaksch a pu cependant en observer cinq exemples. Dans un de ces exemples, en même temps que l'acétonurie, existaient des phénomènes qui rappelaient tout à fait ceux de l'épilepsie. L'étude attentive du malade montra par élimination qu'on ne pouvait rattacher ces phénomènes à une autre cause qu'à l'acétonémie.

Jaksch essaya de reproduire expérimentalement ces phénomènes en soumettant des animaux à l'action des vapeurs d'acétone. Il obtint des crampes toniques et cloniques, accompagnées d'un état comateux, ne ressemblant qu'assez vaguement aux phénomènes de l'épilepsie. Il put observer comme phénomène accessoire que l'acétone n'apparaissait dans l'urine que quand elle était contenue dans le sang en quantité considérable. Cette apparition s'accompagne d'un peu de glycosurie, mais jamais d'albuminurie.

Jaksch étudia ensuite la production de l'acétone par les diverses fermentations. Nulle dans la fermentation alcoolique du sucre, cette production se fait, mais assez faiblement, dans sa fermentation lactique. Elle a également lieu dans la fermentation alcoolique de la glycérine. Jaksch n'a pu trouver dans l'intestin aucun ferment qui fût un véritable ferment acétonique. Il a vainement essayé, en faisant avaler à des animaux des produits en fermentation, d'obtenir des phénomènes d'acétonémie. M. DEBOVE.

Contribution à l'étude du mécanisme de la mort par les courants électriques intenses servant à la lumière électrique, etc., par E. GRANGE (*Thèse de Paris*, 1884).

L'auteur rappelle d'abord quelques-uns des accidents dus au maniement imprudent des générateurs électriques; des ingénieurs, des contre-

maîtres, des ouvriers, un chef d'orchestre, des curieux, foudroyés dans des circonstances de ce genre : mais il insiste particulièrement sur l'accident du 6 août 1882 aux Tuileries. L'autopsie d'une des victimes a montré que les lésions sont celles que l'on trouve après les convulsions provoquées par lésion du bulbe : la mort a dû avoir pour cause immédiate l'arrêt du cœur. L'autopsie de l'autre victime a permis de constater des brûlures aux mains et une congestion asphyxique dans tous les viscères, notamment dans les centres nerveux. Dans les deux cas, le corps avait été mis en contact par deux points différents avec le fil nu et il y avait eu dérivation de courant à travers les organes. Les lésions matérielles avaient présenté peu de gravité : l'électricité avait agi en paralysant le système nerveux. L'action porte vraisemblablement sur le bulbe et se traduit sur l'appareil respiratoire et sur le cœur. L'auteur, pour vérifier ces inductions, a soumis différents animaux à l'action des courants électriques, grenouilles, chiens, cobayes, rats. Dans tous les cas, il y a eu arrêt de la respiration, et dans les cas mortels relâchement du cœur. L'arrêt respiratoire a duré de 10 à 45 secondes, autant que le contact électrique : en même temps, il se produit des secousses tétaniques. Lorsque l'animal meurt, l'autopsie montre toujours une congestion des méninges, des poumons, des viscères. On a trouvé parfois un véritable piqueté hémorragique dans le bulbe, ou une hémorragie caractérisée. C'est donc une action bulbaire suspensive de la respiration qui est l'agent principal de la mort foudroyante : l'action sur le cœur vient en seconde ligne. Quant aux conditions physiques, il faut reconnaître que les générateurs à courants alternatifs sont infiniment plus dangereux que les générateurs à courants continus. Au point de vue de l'hygiène publique, il y aura lieu de réglementer l'emploi industriel des courants intenses. DASTRE.

TOXICOLOGIE ET PHARMACOLOGIE.

Ueber die cumulative Wirkung des Digitalins und Helleboreïns (Sur l'action cumulative de la digitaline et de l'elléboréine, par van der HEIDE (*Archiv für experimentelle Pathologie und Pharmakologie, Band XIX, Heft* 1 *et* 2, *p.* 125, 1885).

La croyance à une action cumulative de la digitale date de l'époque déjà lointaine où Withering fit connaître l'action diurétique de cette plante. Des explications très variées ont été proposées pour rendre compte des manifestations qu'on met sur le compte de cette action cumulative. Van der Heide s'est demandé si réellement des phénomènes d'intoxication surgissent parce que l'action de doses de digitale, administrées précédemment, s'ajoute à l'action de doses nouvelles. Il s'est posé la même question au sujet de l'elléboréine, le principe actif des différentes espèces d'ellébore qui a, au point de vue des effets pharmacodynamiques, une très grande analogie avec la digitale. Pour résoudre

le problème, l'auteur a institué des expériences sur des chiens et des lapins, et dans les résultats obtenus, il en trouve qui sont à ses yeux des arguments en faveur de la réalité de l'action cumulative, tandis que d'autres lui paraissent plaider dans le sens contraire.

Voici d'abord des résultats qu'il interprète dans le premier sens :

Des doses très petites, mais administrées consécutivement un certain nombre de fois, ont déterminé la mort.

Une dose insuffisante pour faire périr un animal dans les circonstances ordinaires a produit ce résultat, lorsque l'animal avait été soumis préalablement et pendant un temps assez long à l'administration de petites doses.

Chez les chiens, certains effets physiologiques subsistaient encore quatre semaines après qu'on eut suspendu l'administration des médicaments.

En administrant à des intervalles de temps variables des doses de même valeur, le maximum d'action sur le cœur n'a été obtenu qu'au bout d'un certain délai.

En répétant une dose faible, insuffisante pour produire des effets toxiques, ceux-ci ont fini par se manifester.

Par contre, l'hypothèse d'une action cumulative cadre mal avec les faits suivants constatés par l'auteur dans le cours de ses expériences :

Disparition d'une série de manifestations toxiques, lorsque la digitaline et l'elléboréine étaient prolongées à doses toujours égales.

L'accoutumance du cœur à des doses qui, au début d'une expérience, influençaient d'une façon très sensible la fréquence des contractions de cet organe.

Les phénomènes qu'on attribue à l'action cumulative ne sauraient être attribués à l'absorption en masse de plusieurs doses consécutives retenues pendant quelque temps dans le tube digestif, car les expériences de van der Heide ont donné les mêmes résultats, quelle que fût la voie d'introduction par laquelle on faisait pénétrer le médicament dans l'organisme animal. L'auteur penche pour l'interprétation suivante : La digitaline n'étant pas éliminée en nature, par les urines, il est très vraisemblable qu'elle est décomposée dans le milieu intérieur et qu'elle entre avec la substance constituante des éléments anatomiques dans des combinaisons qui sont à la fois lentes à se former et lentes à se défaire.

Quoi qu'il en soit de cette explication, van der Heide conclut des résultats de ses recherches que, chez les cardiaques, il y a tout avantage à prescrire la digitaline et l'elléboréine à doses relativement faibles et espacées (24 heures) ; que la survenance de symptômes dits de l'ordre cumulatif n'implique pas un danger immédiat pour la vie du malade ; mais que pareil danger est à craindre lorsque la digitaline ou l'elléboréine ont été administrées déjà depuis un temps assez long, sans produire leurs effets cardiaques habituels. Il semble qu'alors et en raison d'une prédisposition individuelle du sujet, l'action du toxique s'exerce sur les centres nerveux avant d'influencer le cœur pour produire des effets d'abord latents, mais rapidement mortels une fois qu'ils se manifestent.

E. RICKLIN.

Beiträge zur Therapie des kranken Herzens (**Contribution à l'étude du traitement des maladies du cœur; action de la digitale, de l'ammoniaque, de la caféine et de la quinine sur le cœur**), par **TALMA** et **van der VEYDE** (*Zeitschrift für klinische Medicin, Band IX, Heft* 3 *et* 4, *p.* 276-323).

1° De leurs expériences Talma et Van der Veyde croient pouvoir conclure que le mode d'action de la digitale est double. Il y a simultanément un rétrécissement des vaisseaux périphériques et une action directe sur la systole du cœur.

Le rétrécissement des vaisseaux périphériques est facile à démontrer. Les auteurs ont mesuré la vitesse de l'écoulement de solution d'une chlorure de sodium à travers les vaisseaux d'un animal, grenouille ou lapin, avant et après l'administration de la digitale. La digitale a toujours diminué la rapidité de l'écoulement. Cette action se produit aussi bien après qu'on a détruit le système nerveux central qu'auparavant; elle est donc indépendante de la moelle et de l'encéphale.

Le rétrécissement des vaisseaux périphériques, en augmentant l'obstacle à la circulation, semble devoir être plus nuisible qu'utile aux malades; tout au plus peut-il être avantageux, en élevant la pression dans les artères coronaires. Mais l'action thérapeutique semble surtout due aux effets de la digitale sur la systole. Les effets sur les vaisseaux périphériques étaient cependant intéressants à signaler, car ils peuvent servir à expliquer certains faits cliniques où l'action de la digitale est loin d'être favorable.

L'influence de la digitale sur la systole du cœur est facile à démontrer directement. Après l'administration de digitaline, la systole devient plus intense et plus prolongée. En empoisonnant une grenouille par le sulfate de quinine, le cœur s'arrête en diastole; mais on peut, en donnant de la digitaline, le faire revenir en systole; ce retour se produit toujours, bien que parfois assez lentement La digitale peut donc être fort utile dans l'empoisonnement par le sulfate de quinine et les auteurs citent à cet égard deux observations où les résultats cliniques sont venus confirmer la théorie.

L'action produite par l'administration simultanée de la digitale et de la quinine est également très intéressante; les deux effets s'associent et il y a tout à la fois augmentation de la systole et de la diastole; dans quelques expériences, la quantité de sang lancée par le cœur est ainsi devenue deux fois plus considérable.

2° En continuant leurs expériences, Talma et Van der Veyde constatèrent que l'action de la digitale sur la systole manquait dans certains cas. C'est ainsi qu'après administration de la digitale à des grenouilles empoisonnées par le tartre stibié, le cœur reste en diastole; la digitale, utile dans l'empoisonnement par le sulfate de quinine, est donc impuissante dans ce dernier empoisonnement.

L'action de l'ammoniaque est inverse; peu énergique dans la diastole produite par le sulfate de quinine, il agit puissamment contre la diastole produite par le tartre stibié et ramène le cœur en systole.

Ces propriétés physiologiques conduisirent les auteurs à donner l'ammoniaque à quelques malades chez qui le traitement par la digitale avait échoué. Ils obtinrent à la dose de $2^{gr},5$ quelques bons résultats;

malheureusement cette dose est difficilement supportée et produit vite de la diarrhée ; les effets obtenus sont d'ailleurs assez temporaires.

La caféine a une action moins énergique que l'ammoniaque ; son action systolique présente cette particularité de s'exercer à la fois sur la diastole produite par le sulfate de quinine et sur celle qui est produite par le tartre stibié. Comme l'ammoniaque, elle constituera dans quelques cas un utile succédané dans la digitale. M. DEBOVE.

The therapeutic action of theine, par Thomas-J. MAYS (*Med. news*, 12 *décembre et Therapeutic Gaz., sept.* 1885).

L'auteur a étudié l'action de la théine, le principe actif des feuilles de thé. Il a constaté que les propriétés physiologiques diffèrent de celles de la caféine. La caféine agit surtout sur les nerfs moteurs ; la théine, au contraire, sur les nerfs sensitifs ; aussi a-t-elle des propriétés analgésiques très marquées, sans action immédiate ou secondaire sur les centres nerveux.

L'auteur a essayé dans trois cas de névralgies douloureuses le pouvoir anesthésique de cette substance, dont il injectait un centigramme.

L'anesthésie a été rapide et les douleurs ont cessé après deux ou trois injections. A. C.

Action physiologique de la cocaïne et de son analogue, la brucine, par Th. MAYS (*The therapeutic Gazette, juin* 1885).

L'auteur étudie comparativement l'action de la cocaïne et de la brucine et arrive à trouver entre ces deux alcaloïdes des analogies remarquables surtout au point de vue de l'anesthésie locale. Mais il est indispensable de se servir d'une brucine essentiellement pure, sans aucun mélange de strychnine.

L'action générale de la brucine consiste en une courte période de paralysie motrice qui fait suite à des convulsions ; pendant ces convulsions il y a de l'hyperesthésie qui est ensuite remplacée par une paralysie complète de la motilité et de la sensibilité ; finalement, la respiration cesse avant que le cœur ne s'arrête.

Appliquée localement, la brucine amène une diminution de l'action réflexe par paralysie de la sensibilité.

Sur l'homme, une solution de 10 0/0 soulage la brûlure de la langue produite par le poivre de Cayenne ; à 5 0/0, elle agit admirablement sur les aphtes de la bouche, et sur les douleurs de dents. Sur le dos de la main, on ressent un engourdissement et à 20 0/0 un affaiblissement de la sensibilité. La douleur produite par un sinapisme disparaît aussitôt ainsi que le prurit. A. C.

Action comparée des feuilles et des fleurs du convallaria maialis, par KISLITCHENKOFF (*Russkaia med.*, n° 7, 1885).

Pour étudier cette action, Kislitchenkoff a donné à des malades des infusions de feuilles (8 à 12 grammes pour 180 grammes eau) et de fleurs (4 à 8 grammes). Il a constaté que les feuilles ont une action en général bien inférieure à celle des fleurs, mais qu'elles sont mieux supportées par le tube digestif. Elles n'ont pas, non plus que les fleurs, d'action cumulative sur le cœur. A. C.

Ueber die Quillajassäure (Sur l'acide quillajaïque), par KOBERT (*Tageblatt der 58ten Versammlung deutscher Naturforscher und Aertze Strasbourg, p.* 230, 1885).

Ueber ein Ersatzmittel der Senega (Sur un succédané du polygala senega), par LE MÊME (*Centralblatt für klinische Medicin, n°* 30, 1885).

Ce que l'on désigne dans le commerce sous le nom de saponine n'est pas une substance définie, mais un mélange de matières organiques et inorganiques. La saponine pure se rencontre en proportions très variables dans la saponine du commerce. Kobert a pu étudier des échantillons de saponine pure, qui lui ont été fournis par Stütz et Gunther (de Iéna) ; il a reconnu qu'elle était dépourvue de propriétés actives. Sa formule est $C^{99} H^{30} O^{10}$. La saponine du commerce, qui contient une certaine quantité de lactosine, est redevable de sa toxicité à deux autres principes, auxquels M. Kobert propose de donner les noms d'acide quillajaïque et de sapotoxine.

Pour obtenir la première, le mieux est de la tirer directement de l'écorce de quillaja, en la précipitant de la décoction de cette racine à l'aide de l'acétate de plomb neutre. Le précipité, d'abord bien lavé, est débarrassé du plomb qu'il renferme, réduit par voie d'évaporation, et le résidu repris avec de l'alcool absolu. On filtre, on soumet une nouvelle fois le liquide à l'évaporation, on reprend le résidu avec un mélange de cinq parties de chloroforme pour une partie d'alcool; une forte proportion de matières colorantes échappe à la dissolution. En ajoutant de l'éther au produit de filtration, on voit se déposer des flocons neigeux d'acide quillajaïque, qu'on dessèche en présence de l'acide sulfurique.

La toxicité de cet acide et de ses combinaisons salines est très grande; il suffit d'injecter de l'acide quillajaïque dans les vaisseaux d'un chien ou d'un chat, à raison de un demi-milligramme par kilogramme de poids corporel, pour tuer l'animal, tandis qu'une dose de 2 grammes administrée par l'estomac est bien supportée. Son action délétère sur le sang, étudiée *in vitro*, se manifeste encore quand on manie l'acide quillajaïque à l'état de dilution extrême (1/100,000). Quand on le chauffe à plusieurs reprises au contact d'une solution de baryte, l'acide quillajaïque finit par perdre toute toxicité. Aussi, Kobert incline à considérer la saponine comme un produit inerte de transformation de l'acide quillajaïque.

L'auteur a ensuite décrit en détail l'action de cet acide sur la substance musculaire. Il fait savoir qu'au point de vue clinique, la décoction de racine de quillaja est douée des mêmes propriétés que la décoction de polygala senega; il existe entre ces deux préparations des différences purement quantitatives. D'ailleurs, l'action thérapeutique de la décoction de quillaja fait présentement l'objet de nombreuses expériences dans des hôpitaux d'Allemagne, de Danemark et d'Autriche.

Le mode d'administration adopté consiste à prescrire le nouveau médicament sous forme d'une décoction (5 parties de racines pour 200 parties d'eau) à prendre par cuillerées à bouche quand il s'agit d'un adulte, par cuillerées à café, lorsque le médicament est destiné à un enfant. Cette médication est contre-indiquée quand il existe des ulcérations à la surface de l'estomac ou de l'intestin, car alors il y a lieu de craindre des accidents toxiques, comme conséquence d'une absorption trop active.

Schmiedeberg considère l'acide quillajaïque comme appartenant à la catégorie des poisons de la substance protoplasmique. Cette opinion est partagée par Kobert. E. RICKLIN.

Action physiologique de la pipéridine de synthèse, par OESCHNER DE CONINCK et PINET (*Comptes rendus de la Société de Biologie, 17 octobre* 1885).

La pipéridine, qui est un hexahydrure de pyridine, a été obtenue par les auteurs par l'hydrogénation de la pyridine pure au moyen de l'alcool absolu et du sodium. L'alcaloïde a été employé en injections sous-cutanées et en vapeurs.

Chez la grenouille, la mort arrive par suite de l'intensité des phénomènes locaux. Pour le cobaye, lorsque l'injection a été faite au niveau de la paroi abdominale, les accidents produits sont dus à l'intensité de l'irritation locale qui, se propageant à travers les muscles et les aponévroses de l'abdomen, détermine une péritonite mortelle, comme l'ont montré les autopsies. Lorsqu'on injecte l'alcaloïde dans les membres, l'animal ne présente aucun phénomène de toxicité, mais des phénomènes de vive irritation locale pouvant amener, au bout d'un temps plus ou moins long, un phlegmon mortel. Les vapeurs agissent sur le bout central et sur le bout périphérique des nerfs pour en affaiblir notablement les propriétés physiologiques et la contractilité des muscles est aussi affaiblie. F. H.

Action de l'eau oxygénée sur le sang, par P. BERT et REGNARD (*Comptes rendus de la Soc. de Biologie*, 1er *août* 1885).

Les auteurs ont injecté souvent de l'eau oxygénée dans le sang d'animaux sains ou inoculés, dans le but de détruire les microbes déjà en évolution. Introduite par une jugulaire, l'eau oxygénée se décompose immédiatement; il en résulte des embolies gazeuses qui, si l'injection est faite un peu vite, peuvent tuer l'animal subitement. Les bulles, étant composées d'oxygène, peuvent être reprises par le sang et l'animal peut se remettre. Moins d'une minute après l'injection, on ne retrouve plus l'eau oxygénée dans le sang. Son action ne peut donc être que locale et instantanée. De plus, l'eau oxygénée tue les globules du sang. Le sang d'un chien, dont la capacité respiratoire était 24, tombait à 8 après l'action de 5 centimètres cubes d'eau oxygénée. F. H.

Zur Wirkungsweise des Amylnitrits (Action du nitrite d'amyle), par SCHWEINBURG (*Wien. med. Presse n°* 35, 1885).

Les effets du nitrite d'amyle sont attribués à l'abaissement de la pression sanguine qu'on a constaté chez les animaux. L'auteur a voulu étudier les phénomènes chez l'homme au moyen du sphygmomanomètre de Basch.

Il mesure la pression sanguine à l'artère temporale chez un sujet de 23 ans atteint de migraine ; avant l'opération, il trouve 85 millimètres de mercure; il verse deux gouttes de nitrite d'amyle sur un linge, et 30 secondes après l'inhalation il lit seulement 80. Au bout de 90 secondes 85, au bout de 2 minutes 90; une minute plus tard 85 ; à ce moment la céphalée a disparu.

Six autres expériences, pratiquées chez des individus soumis au même

traitement pour des motifs analogues, ont montré de même qu'après l'inhalation de nitrite d'amyle la pression sanguine augmente, spécialement au moment où l'on observe les symptômes habituels de la migraine : rougeur du visage, sensation de chaleur, battements des artères du cou et de la tête, palpitations. Du reste le phénomène ne dure que quelques minutes.

Les physiologistes ont admis une influence inverse sur la tension sanguine dans leurs expériences sur les animaux : c'est qu'au lieu d'inhalations faibles comme celles qu'on emploie dans le traitement des malades, ils employaient le nitrite d'amyle à haute dose ou à doses répétées. L'auteur explique de cette façon l'abaissement de pression qu'ils ont enregistré. Il a contrôlé ses résultats sur les animaux et constaté les mêmes variations que chez l'homme. (Voy. plus loin, p. 499.) L. GALLIARD.

Sur un nouvel hypnotique (Phényl-méthyl-acétone ou hypnone), par DUJARDIN-BEAUMETZ (*Bullet. de l'Acad. de méd.*, 2e *série*, *t. XIV*, *n°* 45).

Ce médicament appartient à la série aromatique. Il a été reconnu chimiquement par Friedel en 1857. Sa formule est C^8H^8O. C'est un corps liquide à la température de 20 degrés, et qui bout entre 198 et 199 degrés. Sa densité est de 1032 à 15 degrés. Il n'est pas soluble dans l'eau, et son odeur très forte rappelle celle de l'eau de laurier-cerise et du foin coupé. Popof et Nencki ont démontré qu'il se transformait dans l'organisme en acide carbonique et en acide benzoïque, et qu'on le retrouvait finalement dans les urines à l'état d'hippurate.

Employée chez l'adulte à la dose de 3 à 4 gouttes, cette substance que l'auteur appelle, en raison de ses propriétés et pour plus de commodité, *hypnone*, détermine un sommeil profond. Chez les alcooliques, ses propriétés hypnotiques paraissent supérieures à celles du chloral et de la paraldéhyde.

Chez neuf malades auxquels il a administré l'hypnone, l'auteur n'a pas constaté d'effets d'intolérance. Seulement l'odeur de l'haleine devient désagréable par suite de l'élimination de cette acétone par le poumon.

Si l'on injecte sous la peau des cobayes cette substance à la dose de 50 centigrammes à 1 gramme, on détermine un engourdissement qui se transforme peu à peu en un état comateux dans lequel l'animal finit par succomber au bout de cinq à six heures. GASTON DECAISNE.

Étude expérimentale et clinique sur le naphtol β à propos du traitement de la gale, par A. JOSIAS (*Ann. de Derm. et de Syph., mai* 1885).

Il s'agit de recherches sur les effets toxiques du naphtol administré par la voie hypodermique (solution alcoolique au dixième ou au cinquième) chez des lapins, des cobayes et des chiens.

Trois cobayes d'une livre environ ont succombé à l'injection de 15, 20 et 30 centigrammes de naphtol.

Deux lapins de cinq livres sont morts après absorption d'un gramme, tandis que des chiens dont le poids variait de 6 à 32 kilogrammes ont pu supporter jusqu'à 12 et même 16 grammes de la substance toxique.

H. DANLOS.

I. — Sur les propriétés physiologiques, toxiques et thérapeutiques du sulfure de carbone, par DUJARDIN-BEAUMETZ (*Bullet. de l'Ac. de méd., t. XIV, n° 30*).

II. — Étude sur le sulfure de carbone, par E. SAPÉLIER (*Thèse de Paris,* 1885).

I. — Dans ses expériences qui ont porté sur l'homme et sur les animaux, l'auteur s'est servi soit de sulfure de carbone pur, soit d'eau sulfo-carbonée. Cette eau *sulfo-carbonée* est le résultat de l'agitation de l'eau avec le sulfure de carbone. La quantité dissoute, qui varie suivant la durée du contact et la température, est en moyenne de 2 grammes par litre.

Par les voies digestives, l'eau sulfo-carbonée n'a jamais produit d'accidents toxiques ni sur l'homme ni sur les animaux. Le sulfure de carbone pur, donné à petites doses longtemps prolongées, finit par déterminer des phénomènes de parésie.

Les vapeurs de sulfure de carbone sont incompatibles avec la vie, lorsqu'elles se dégagent dans un milieu confiné, sans que l'air puisse être renouvelé. Par contre, l'auteur a pu faire vivre des chiens et des lapins pendant deux mois, dans une baraque de bois cubant 12 mètres cubes, et dans laquelle on évaporait par jour 53 gr. 87 de sulfure de carbone par mètre cube. Un coq placé dans les mêmes conditions a éprouvé un affaiblissement très grand. Quant aux cobayes, ils ont présenté des phénomènes toxiques qui se sont terminés par la mort.

Lorsqu'on applique le sulfure de carbone sur la peau, on observe deux ordres de phénomènes : du refroidissement d'abord, puis une congestion et une rubéfaction très vive. Mais il n'y a aucun symptôme d'intoxication.

Introduit par la voie hypodermique, le sulfure de carbone détermine des escarres plus ou moins étendues. Si la dose est trop considérable, les animaux succombent aux conséquences des vastes pertes de substance qui se produisent.

L'eau sulfo-carbonée, injectée dans les veines à la dose de 20 grammes par kilogramme du poids de l'animal, ne détermine aucun phénomène toxique.

Quant aux voies d'élimination du sulfure de carbone, il faut placer en tête la voie respiratoire. L'autre voie d'élimination est le rein, comme on peut le constater en traitant les urines par la liqueur de Fehling, qui prend une coloration noirâtre à la température ordinaire, ou quand on la chauffe légèrement. Peut-être y a-t-il aussi une certaine élimination par la peau.

Le sulfure de carbone, mis en contact avec d'autres corps, produit toujours de l'hydrogène sulfuré. C'est même à ce dernier qu'il conviendrait de rapporter une partie des phénomènes toxiques que l'on a imputés au sulfure de carbone.

Un point sur lequel l'auteur insiste avec soin, c'est le pouvoir antiseptique du sulfure de carbone et de l'eau sulfo-carbonée. Ils stérilisent les bouillons de culture et empêchent toute fermentation; de là l'idée de s'en servir dans les maladies infectieuses. On peut administrer dans ce but quatre à dix cuillerées à bouche d'eau sulfo-carbonée par jour dans du

lait ou de l'eau rougie. On obtient ainsi non seulement la désinfection des garde-robes, mais encore la destruction des propriétés infectieuses de ces garde-robes, comme le prouvent les inoculations pratiquées sur les cobayes. Cette médication est appliquable à la fièvre typhoïde et à toutes les diarrhées infectieuses. G. DECAISNE

II. — Le sulfure de carbone du commerce est à distinguer de la façon la plus catégorique, tant au point de vue de ses caractères qu'au point de vue de ses effets, du sulfure de carbone pur.

Les accidents signalés par les auteurs chez les ouvriers exposés à inhaler du sulfure de carbone en vapeur sont dus à l'hydrogène sulfuré contenu dans le sulfure de carbone du commerce. La rapidité et la gravité de ces accidents sont proportionnelles à la quantité d'hydrogène sulfuré contenu dans le sulfure de carbone ou formé par ses altérations.

Le sulfure de carbone pur, en vapeurs, est un gaz irrespirable pouvant par conséquent produire l'asphyxie si les vapeurs sont abondantes dans l'atmosphère. En dehors de ce cas, et quelle que soit la voie d'absorption, le sulfure de carLone pur ne produit pas les accidents signalés par les auteurs. Ces accidents peuvent apparaître si le sulfure de carbone vient à s'altérer en formant de l'hydrogène sulfuré.

Cette substance est appliquable en médecine : 1° En tant que corps volatil, comme révulsif rapide et énergique. Son odeur, bien loin d'être désagréable, rappelle celle du chloroforme. 2° Comme agent antiseptique il est, en solution aqueuse, un des meilleurs antiseptiques intestinaux, peut-être même un antiseptique médical. A C.

Die Ameisensäure als Antisepticum (L'acide formique comme antiseptique), par SCHULZ (*Deutsche med. Woch.*, n° 24, 1885).

L'auteur a étudié l'acide formique au point de vue de l'antisepsie.

Une bouillie de pain noir dans l'eau distillée, à laquelle on ajoute de 0,25 à 1 0/0 d'acide formique, reste à l'état de pureté pendant deux mois; avec une dose égale d'acide acétique, la même bouillie devient au bout de douze jours le siège de moisissures.

Le sang contenant 1 0/0 d'acide formique n'offre aucune trace de putréfaction au bout de six mois; de même le pancréas dans une solution à 0,50 0/0. La fibrine se conserve pendant cinq mois dans la solution à 0,25 0/0.

Le liquide de culture des bactéries de Bucholtz reste clair pendant 6 mois avec une solution à 0,25 0/0; quatorze jours seulement avec la solution à 0,05 0/0. La gélatine est stérilisée par l'acide formique dans les mêmes conditions.

Comme cet acide n'est pas plus cher que l'acide phénique, et qu'il est soluble dans l'eau, on pourra en généraliser l'usage. L. GALLIARD.

I. — De l'action de l'hydrogène sulfureux sur l'organisme animal, par G.-A. SMIRNOFF (*Thèse de Saint-Pétersbourg*, 1885).

II. — Recherches sur l'empoisonnement par l'hydrogène sulfuré, par P. BROUARDEL et P. LOYE (*Comptes rendus Acad. des sciences, août* 1885).

III. — Variations que présente l'absorption de l'hydrogène sulfuré mis en

contact de diverses surfaces chez l'animal vivant, par J. PEYRON (*Comptes rendus de la Société de biologie*, 8 *août* 1885).

I. — 1° L'inhalation d'air ou d'oxygène contenant 1/9 0/0 d'hydrogène sulfuré n'amène pas de phénomènes toxiques; la respiration devient seulement plus profonde et un peu ralentie ;

2° L'inhalation d'air contenant 1/8 à 1/6 0/0 du gaz produit le phénomène classique de Cheyne Stokes;

3° La division du nerf vague ou des nerfs laryngés ne modifie pas cet effet;

4° La tension artérielle s'abaisse au moment de l'arrêt de la respiration, puis remonte avec la réapparition du mouvement respiratoire ;

5° L'inhalation d'un mélange à 1/5 ou 1/2 0/0 du gaz produit le même effet, mais les pauses respiratoires sont plus longues ;

6° Si l'on remplace dans le mélange l'air par l'oxygène, ces effets ne sont pas changés;

7° L'injection intraveineuse d'eau saturée d'hydrogène sulfuré amène de la dyspnée ou un arrêt plus ou moins prolongé de la respiration.

8° L'examen spectroscopique du sang pris dans le cours des effets toxiques montre seulement deux bandes d'oxyhémoglobine, la bande caractéristique du gaz faisant défaut. L'animal meurt avant que le poison ait privé le sang de tout son oxygène.

9° Avec l'injection intraveineuse, la tension artérielle s'élève d'abord, puis s'abaisse au moment de la pause respiratoire. Si les nerfs splanchniques ont été préalablement sectionnés, l'élévation de la tension est moindre qu'à l'état normal ; il y a d'abord un certain abaissement.

L'auteur conclut, d'après ses expériences très variées, que le phénomène de Cheyne Stokes est dû à un état d'épuisement, d'anémie du centre respiratoire.

L'auteur a fait ses expériences sur des chiens et des lapins chez lesquels on pratiquait au préalable la trachéotomie.

II. —Pour déterminer les causes des variations dans les accidents que présentent les victimes d'intoxication par les gaz de vidanges, Brouardel et Loye ont fait respirer à des chiens trachéotomisés des mélanges à 2 0/0 et à un demi (0,5) 0/0 d'hydrogène sulfuré et d'air.

Dans le premier cas, la mort survient en deux ou trois minutes par action sur les centres nerveux. Dès les premières inhalations, la pupille se dilate, la cornée devient insensible, les réflexes disparaissent; les muscles entrent en contracture. La respiration, d'abord ralentie, devient convulsive, puis s'arrête après vingt ou vingt-cinq secondes. Les phénomènes ne sont pas modifiés chez les animaux auxquels on a sectionné les pneumogastriques. Les battements du cœur se ralentissent, tout en étant très énergiques, puis reviennent à la normale ; ils s'arrêtent deux minutes après la respiration. La pression sanguine s'élève au début, puis s'abaisse progressivement. Le spectroscope n'a pas révélé dans le sang la raie caractéristique du gaz.

Chez les animaux soumis aux doses plus faibles du mélange, la mort est plus lente et il semble se joindre aux accidents nerveux des phénomènes d'asphyxie. La respiration présente en effet des alternatives d'accélération, d'arrêt, puis de retour. Il semble que ce soit moins de la

quantité absolue du gaz que de la tension dans l'air qu'on doive tenir compte dans l'empoisonnement. A. C.

III. — La dose toxique de l'hydrogène sulfuré introduit avec l'air dans les poumons, chez le chien, est voisine de 1/500. Cette dose toxique, quand le mélange est introduit dans le thorax, est dix fois plus grande que celle que l'auteur a trouvée quand le mélange est absorbé par les poumons. L'hydrogène sulfuré, introduit directement dans l'estomac, n'est pas absorbé, et ne produit qu'une hypersécrétion du suc gastrique. Un mélange à 1/25 introduit dans la cavité abdominale détermine rapidement l'empoisonnement de l'animal. F. H.

Ueber die antiseptischen Eigenschaften des Bismuthum subnitricum und einiger anderer Körper (Sur les propriétés antiseptiques du sous-nitrate de bismuth et de quelques autres corps), par Carl SCHULER (*Deutsche Zeitschrift für Chirurgie, Band XXII, Heft* 5 *et* 6, *p.* 553).

L'auteur a cherché quelles étaient les substances qui retardaient le plus la putréfaction des matières organiques, telles que le sang, l'urine, la viande. Il a essayé l'eau de chaux, l'huile de genièvre, l'iodoforme, l'alcali, la magnésie calcinée et le carbonate de magnésie. Voici quelles sont ses conclusions :

1° Le sous-nitrate de bismuth est un antiseptique au moins aussi bon que l'iodoforme ;

2° Avec cet agent les intoxications ne sont pas à craindre comme avec l'iodoforme ;

3° Le sous-nitrate de bismuth n'irrite pas la plaie ; aussi les sécrétions sont-elles peu abondantes ;

4° Le sous-nitrate de bismuth n'est pas un antiseptique puissant, mais son emploi permet de laisser les pansements toujours en place, la plaie est au repos et guérit plus vite ;

5° Le sous-nitrate de bismuth n'a pas d'action curative spécifique ni d'action à distance ;

6° Ce sel préserve aussi peu de l'érysipèle que l'iodoforme ;

7° On ne peut pas considérer le sous-nitrate de bismuth comme un désinfectant, mais les plaies que l'on panse avec lui restent aseptiques ;

8° Toutes les plaies qui peuvent guérir par première intention peuvent guérir ainsi sous le pansement au bismuth ;

9° Le sous-nitrate de bismuth est un excellent cicatrisant. La cicatrisation se fait rapidement sous la croûte formée par cet agent dans les plaies opératoires faciles. L'auteur a une expérience moins grande pour les plaies granuleuses. Il n'osait l'employer par crainte d'une intoxication. EDELMAN.

Concerning the action of small quantities of calcium, sodium and potassium salts upon the vitality and function of contractile tissue and the cuticular cells of fisches (Action de petites quantités de sels de calcium, sodium et potassium sur la vitalité et les fonctions du tissu contractile et des cellules cuticulaires des poissons) par Sidney RINGER et Dudley BUXTON (*The Journal of Physiology, vol. VI, p.* 154).

De très faibles quantités de sels alcalins influencent la contractilité

du cœur. L'activité cardiaque peut être mise en jeu par l'action d'une solution de chlorure de potassium à 1/15000. Les auteurs admettent que ces minimes quantités interviennent dans les échanges moléculaires. L'action nuisible de l'eau distillée est masquée par la présence d'une faible quantité de sels. Si l'on met un poisson dans l'eau distillée pure, l'animal meurt en quelques heures. L'équilibre de diffusion entre le milieu et les fluides sanguins et parenchymateux de l'animal est ainsi troublé et amène des désordres mortels. En ajoutant de faibles quantités de sels alcalins l'animal survit; les sels de chaux ont l'influence la plus favorable. La cause de la mort dans l'eau distillée reste encore obscure. Les auteurs ont cherché s'il ne se produisait pas un départ de la chaux et des sels contenus dans l'organisme de l'animal, lesquels diffuseraient. D'autre part, l'action pourrait être limitée à la surface branchiale dont la désorganisation préalable entraînerait la mort subséquente de l'animal. L'expérience a montré que les mouvements des cils vibratils des branchies séparées de l'animal cessaient en 24 heures dans l'eau distillée : les cellules elles-mêmes sont considérablement distendues, granuleuses et en désintégration évidente. Avec la solution à 2,500 d'eau distillée pour 1 de chlorure de calcium les cils ont résisté 48 et 72 heures et même 5 jours. Avec le chlorure de calcium à 1/1250 l'activité ciliaire se conserva 7 jours. Il a pu constituer ainsi, par comparaison, des milieux salins plus ou moins favorables. Il est évident que la composition du milieu retentit très activement sur les tissus et le sang même des animaux aquatiques : on comprend même l'action considérable de changements assez minimes dans la composition du liquide ambiant. La lenteur du changement en atténue un peu les effets. Ceux-ci seront proportionnels à la puissance osmotique des matériaux salins du milieu. Les sels de chaux ayant un pouvoir osmotique dix fois plus grand que le chlorure de potassium, la moindre altération à cet égard aura plus d'influence qu'à l'égard du sel alcalin. DASTRE.

Ueber den Verbleib der in den thierischen Organismus eingefuhrten Bariumsälze (Sur la persistance dans l'organisme des sels de baryum ingérés) par J. NEUMANN (*Archiv für die gesammte Phys., Band XXVII, p.* 576).

Cyon (1866) a déjà montré que la toxicité des sels solubles de baryum n'était pas due à la formation d'un sulfate de baryte insoluble et aux désordres circulatoires qu'il aurait pu produire à cet état. Les injections simultanées de sulfate de soude et de chlorure de baryum se montraient parfaitement innocentes. Après l'introduction de sels de baryte dans l'alimentation, Krahmer prétend qu'il y a eu élimination par les urines tandis que Bœhm et F. A. Hoffmann n'ont pas réussi à manifester la substance dans cette excrétion. L'auteur reprend la question par deux voies différentes, par injection dans les veines et par ingestion. Il injecte dans les veines d'un lapin 50 centigrammes de sulfate de baryte. Au bout de peu de temps il constate que le sang n'en contient plus de traces. La recherche de la substance dans les différents organes a permis de reconnaître que l'urine n'en contenait point, non plus que le cerveau, les muscles les capsules surrénales, et le thymus. Au contraire la substance paraît s'être accumulée dans le foie, la rate, les reins et les os.

La seconde série d'épreuves consistait à mêler du chlorure de baryum aux aliments. La substance ne s'est retrouvée que dans les os; une petite partie est éliminée par les urines; la plus grande partie est rejetée par l'intestin. L'auteur en a retrouvé également dans la salive.

DASTRE.

De l'action toxique des sels alcalins, par Ch. RICHET (*Acad. des sciences, 4 janvier* 1886).

1° Pour des substances chimiquement analogues, comme les sels alcalins, la dose mortelle minimum est sensiblement égale, si l'on considère, non le poids absolu, mais le poids moléculaire de ces substances;

2° En poids absolu, les métaux sont donc d'autant moins toxiques que leur poids atomique est plus élevé;

3° A molécule égale, les métaux dont le poids atomique est le plus élevé sont aussi un peu plus toxiques;

4° Les chlorures sont, en poids absolu, plus toxiques que les bromures et les bromures plus toxiques que les iodures. Mais, à poids moléculaire égal, c'est précisément l'inverse qu'on observe;

5° En résumé, les sels alcalins sont toxiques par leur molécule chimique; et plus le poids de cette molécule est élevé, plus elle est toxique, quoique la différence soit peu sensible et que la molécule soit toujours à peu près également toxique.

A. C.

Les poisons et la température, par Ch. RICHET (*Rev. scientif.*, 2 *janvier* 1886).

Dans ce travail, l'auteur a recherché, par de nombreuses expériences, comment on pouvait classer les poisons au point de vue de leur action générale et comment on pouvait expliquer les modifications de température qui s'observent au cours des phénomènes toxiques.

On peut dire que la plupart des poisons agissent tout d'abord sur l'élément nerveux, mais tandis que les uns iront influencer primitivement les cellules de l'écorce, les seconds, celle du bulbe, les autres agiront directement sur les plaques terminales motrices animales, ou organiques. Il y a donc lieu d'admettre, la classification suivante :

1° Poisons psychiques, type morphine, où l'ivresse psychique est le premier effet, et les anesthésiques;

2° Poisons bulbaires, type aconitine, (vératrine, colchicine, digitaline);

3° Poisons médullaires; où le premier effet est la convulsion, type strychnine (brucine, picrotoxine);

4° Poisons des terminaisons motrices animales (type curare);

5° Poisons des terminaisons motrices organiques, (type atropine).

C'est par leur action sur le bulbe que les poisons agissent sur la température. Il y a d'abord stimulation, qui se traduit par une calorification légère; puis l'action paralysante est suivie d'une hypothermie. Plus tard, les poisons agissent sur la température en produisant des convulsions; enfin, quand le bulbe et la moelle sont paralysés, la température s'abaisse beaucoup et d'une manière définitive.

A. C.

Leçons sur le venin des serpents et sur la méthode de traitement des morsures venimeuses par le permanganate de potasse, par J.-B. de LACERDA (in-8°, *Rio-de-Janeiro*, 1884).

Dans ces leçons, faites au muséum de Rio-de-Janeiro, l'auteur retrace l'histoire physiologique et toxique du venin de serpent, en l'appuyant de recherches expérimentales personnelles, dont quelques-unes ont déjà été publiées (voy. *R. S. M.* XX, 78, 79). Les serpents venimeux les plus communs au Brésil sont le Bothrops surucucu, le B. jararacussu, le B. jararaca, une espèce moins connue, le B. urutu, le serpent à sonnettes et enfin les variétés du genre Elaps, serpent corail, etc. Si l'on examine du venin frais de ces divers serpents, on constate qu'il contient des corpuscules ressemblant beaucoup aux micrococci de la putréfaction, mais qui n'ont d'analogue que cette ressemblance, car les cultures ont toujours été stériles. On retrouve du reste ces corpuscules après ébullition à 100° d'une solution de venin, dont la toxicité est anéantie absolument par cette température. Ces corpuscules préexistent dans la salive et n'ont rien de caractéristique au point de vue du venin, qui n'est, d'après de Lacerda, qu'une salive excessivement toxique.

Pour expérimenter le venin, de Lacerda le recueille en faisant mordre à l'animal de petites boulettes de coton; les filaments imprégnés sont lavés dans l'eau distillée et c'est cette solution qui sert pour les injections.

Les effets du venin sont très variables, suivant qu'il est inoculé sur des animaux à sang chaud ou à sang froid : la douleur est le premier phénomène, puis vient une tuméfaction rapide se propageant à distance. amenant parfois la gangrène : souvent il y a des manifestations réflexes considérables. Les tissus les plus divers sont atteints; on trouve des suffusions sanguines jusque sous le périoste et l'apparence est celle d'une contusion violente.

En injections dans les veines, le venin a des effets généraux immédiats; suivant la dose, la mort peut être foudroyante. La chute de la tension artérielle est plus ou moins rapide, de même pour l'abaissement de la température qui tombe de 3 à 4°. La mort se produit plus souvent par arrêt respiratoire que par arrêt du cœur. A l'autopsie, les lésions les plus constantes sont des hémorragies du poumon, du cœur, puis du cerveau, des viscères. L'altération du sang est caractéristique; il est d'une fluidité excessive, d'une coloration noire et il a perdu la propriété de coaguler.

Le venin de serpent n'est pas un simple moyen de défense pour l'animal; c'est aussi un suc digestif. Des fragments de muscle mis dans une solution concentrée de venin sont désagrégés, dissociés et dissous. L'huile d'amandes douces est émulsionnée avec quelques gouttes. On peut rapprocher le venin du suc pancréatique.

L'auteur termine en discutant la valeur des moyens thérapeutiques et prophylactiques proposés contre les morsures de serpents et en préconisant les injections de permanganate de potasse. (Voy. *R. S. M.* XX, 78, 79; XXI, 101, 102; XXII, 94; XXIV, 88.) A. C.

Appareil venimeux et venin de la scolopendre, par SOULIÉ (*Thèse de Montpellier, n°* 63, 1885).

Soulié décrit l'appareil venimeux de la scolopendre, puis le liquide sécrété par la glande, ainsi que les effets produits par le venin chez divers animaux ; ce venin entraîne rapidement la mort des articulés. Chez les vertébrés les phénomènes sont plus ou moins graves, mais ne sont pas mortels.

Chez l'homme, contrairement à ce que feraient penser les croyances populaires des Européens et des indigènes sur ce point, les accidents dus à la morsure de la scolopendre ne sont jamais graves. Ils varient suivant l'âge, le tempérament de la personne mordue et aussi avec la période d'activité physiologique de l'appareil venimeux, plus intenses au printemps, faibles en automne et en hiver. Ils consistent en une vive douleur à l'instant où le venin pénètre dans les tissus.

Les symptômes consécutifs sont du gonflement, de la rougeur, et de l'engourdissement de la région piquée, des nausées et même quelquefois, surtout chez les jeunes personnes, un léger mouvement fébrile.

La cautérisation de la morsure constitue le meilleur traitement au moment de l'accident. Une injection hypodermique de morphine calmera la douleur si l'absorption du venin a déjà eu lieu.

Les myriapodes (scolopendres ou géophites) peuvent s'introduire dans les fosses nasales et, de là, dans les sinus maxillaires et frontaux. Leur présence dans ces régions cause des désordres graves. Dans les exemples rapportés, leur expulsion s'est faite naturellement au bout d'un temps plus ou moins long. A. MOSSÉ.

Fettbildung und Fettransport bei Phosphorintoxication (Formation de la graisse dans l'intoxication par le phosphore), par Hans LEO (*Zeitschrift für physiologische Chemie, Band IX, p.* 469).

Dans ces derniers temps, un travail de Lebedeff tendait à faire admettre comme démontré que toutes les matières grasses du corps proviennent des aliments, et que, dans l'empoisonnement par le phosphore, la graisse trouvée dans le foie et d'autres organes provient des matières grasses déposées par les aliments dans les tissus cellulaires sous-cutanés et qui sont de là apportées dans le foie. Comme preuve, Lebedeff nourrit un chien avec de la viande privée de graisse et de l'huile de lin. Le chien reçut alors du phosphore et mourut après 3 jours 1/2. En étudiant la graisse du foie, l'analyse montra que cette graisse était formée de 1/3 de la graisse de l'huile de lin et 1/3 de la graisse du chien. Comme la graisse de l'huile de lin ne peut provenir de la dégéneresence graisseuse des tissus, Lebedeff conclut : Toutes les graisses qui se trouvent dans le foie y arrivent sous l'influence de l'intoxication phosphorée.

L'auteur regarde cette conclusion comme erronée. Dans une autre expérience Lebedeff lui-même avait constaté que sans phosphore il y a introduction de matières grasses étrangères dans le foie et la critique des autres expériences de Lebedeff montre qu'on ne peut tirer réellement une conclusion plausible. E. H.

Experimentelle Studien ueber die Vergiftung durch Kohlenoxyd, Methan, und Æthylen (Études expérimentales sur l'empoisonnement par l'oxyde de carbone, le protocarbure et le bicarbure d'hydrogène), par F. LÜSSEN (*Zeitschrift für klinische Medicin, Band IX, Heft* 5, *p*. 397-429).

Le gaz d'éclairage est un composé complexe formé surtout d'oxyde de carbone,de protocarbure et de bicarbure d'hydrogène.

Lüssen a étudié séparément l'action physiologique de ces trois gaz, afin de mieux montrer le mécanisme des asphyxies si fréquentes qu'entraîne le gaz d'éclairage.

1° *Oxyde de carbone*. Pour étudier l'oxyde de carbone, Lüssen a employé un appareil spectroscopique permettant de voir simultanément le spectre du sang normal et le spectre du sang soumis à l'action du gaz toxique. Cet appareil était assez sensible pour déceler dans l'air 1/1799 d'oxyde de carbone, proportion inoffensive.

Lüssen a pu constater que l'oxyde de carbone, qui, à l'état libre, résiste beaucoup à l'action des oxydants, résiste encore bien plus après sa combinaison avec l'hémoglobine. Il n'est transformé en acide carbonique ni par l'ozone, ni par l'eau oxygénée, ni par l'azotate de potasse. Son élimination de l'organisme doit donc se faire en nature ; elle doit être très difficile, un courant d'oxygène étant impuissant à chasser entièrement l'oxyde de carbone contenu dans le sang.

2° *Protocarbure d'hydrogène*. Le protocarbure d'hydrogène (gaz des marais) produit d'abord une certaine excitation sur les animaux en expérience ; puis survient un sommeil parfois assez intense mais sans anesthésie.

En essayant de respirer ce gaz, Lüssen n'a éprouvé qu'un peu d'étourdissement qui s'est rapidement dissipé à l'air.

3° *Bicarbure d'hydrogène*. Mélangé à l'air dans la proportion de 70 à 80 0/00 ce gaz possède des propriétés soporifiques assez prononcées. Le sommeil, qui survient après une courte période d'agitation, n'est interrompu que par des excitations très fortes. Il cesse rapidement à l'air libre.

Comme effet accessoire, il faut signaler la salivation et la rougeur de la muqueuse buccale, en particulier au niveau de la langue. Cette rougeur est due à un phénomène vasomoteur et non à une action directe du gaz sur l'hémoglobine. Le sang défibriné agité avec le bicarbure d'hydrogène ne change pas en effet de coloration.

Le protocarbure et le bicarbure d'hydrogène ont donc une action physiologique trop faible soit pour être utilisés pratiquement, soit pour contribuer beaucoup à l'asphyxie par le gaz d'éclairage. Le rôle prépondérant dans cette asphyxie revient à l'oxyde de carbone.

M. DEBOVE.

THÉRAPEUTIQUE.

I. — Leçons de clinique thérapeutique, par DUJARDIN-BEAUMETZ (**4e édition, 3 vol.** *Paris* 1885-86).

II. — Les nouvelles médications, par LE MÊME (*Paris*, 1886).

Signalons le succès très mérité des leçons de thérapeutique de Dujardin-Beaumetz, arrivées en peu de temps à une quatrième édition. Cet ouvrage est venu fort à point combler une lacune dans notre littérature et on peut ajouter qu'il est également sans analogue dans la littérature étrangère.

Subordonnée jusqu'à présent dans les ouvrages classiques à la matière médicale proprement dite, la thérapeutique réclamait un traité tout spécial lui appartenant en quelque sorte en propre, et prenant pour point de départ la maladie et non le médicament.

Tel est le mérite des leçons de clinique thérapeutique.

On peut regretter que l'ouvrage ne soit en somme, qu'une série de monographies concernant les traitements de diverses maladies; mais, tel qu'il est, il rend les plus grands services et on doit savoir gré à l'auteur d'avoir revu et complété cette dernière édition avec le plus grand soin.

Les nouvelles médications qui forment la suite des leçons de clinique thérapeutique nous mettent au courant des récentes découvertes de la science. L'auteur s'inquiète peu de la définition du terme qu'il adopte, et, à côté de la médication antithermique par exemple, c'est-à-dire correspondant à l'élément morbide fièvre, il place les médications stomacales, les médications gastro-intestinales qui ne répondent à rien de précis.

Mais tous les chapitres du livre sont pleins d'aperçus pratiques et judicieux et ils contribueront certainement à vulgariser les notions dont la thérapeutique s'enrichit chaque jour.

On y trouvera particulièrement un résumé des recherches de l'auteur sur le traitement des dyspepsies et de la putridité intestinale, ainsi que d'excellents préceptes relativement aux méthodes qui doivent être utilisées pour combattre la température fébrile.

Citons également les travaux de Dujardin-Beaumetz sur quelques anesthésiques, en particulier sur l'*hypnone*, nouveau narcotique trop récemment connu encore pour que sa valeur puisse être nettement appréciée.

G. H.

I. — Vorlesungen ueber Pharmacologie (Leçons de pharmacologie), par C. BINZ (*Berlin*, 1886).

II. — A text-book of pharmacology, therapeutics and materia medica, par T. Lauder BRUNTON (*Londres*, 1886).

I. — Les traités de matière médicale ne manquent pas. Cependant les

découvertes de nouveaux médicaments se succèdent avec une tellerapidité qu'un ouvrage à peine terminé est déjà incomplet. C'est ainsi qu'on peut signaler une importante lacune, celle de la cocaïne, dans le traité tout récent de C. Binz, livre pourtant très savant et fort au courant des nouveautés. L'auteur, dont le nom est avantageusement connu dans la science, ne s'est pas contenté de faire l'exposé de ses propres recherches, il a analysé d'une manière claire et en général complète les documents aujourd'hui fort nombreux concernant l'action physiologique, toxique et thérapeutique des médicaments.

C'est la partie pharmaco-dynamique qui est de beaucoup la plus développée; mais les questions de toxicologie occupent également dans ces leçons une large place.

Il nous serait impossible de donner une idée, même très sommaire, de ce livre. Il est de la nature de ceux qu'on étudie, qu'on consulte avec fruit et qui ne peuvent être analysés.

Nous signalerons particulièrement les chapitres relatifs aux anesthésiques, à l'iodoforme, aux nouveaux antipyrétiques.

Un certain nombre de figures et de nombreux renseignements bibliographiques enrichissent un texte d'ailleurs très soigné.

On ne peut guère reprocher à ce traité qu'un manque de méthode rigoureuse, résultant sans doute de sa disposition sous la forme de leçons.

II. — Celui de Lauder Brunton est, au contraire, exécuté d'après un plan d'ensemble bien défini et qui ne manque pas d'originalité.

Il est divisé en 6 sections : la pharmacologie générale et thérapeutique; la pharmacie générale; la matière médicale des corps inorganiques; la matière médicale des corps organiques; la matière médicale des végétaux ou substances végétales; la matière médicale des substances tirées des animaux.

La partie la plus importante est celle qui concerne la pharmacologie générale. Elle est conçue d'après un plan essentiellement anatomique et physiologique. Tous les remèdes, quels qu'ils soient, y sont examinés au point de vue des effets qu'ils déterminent sur l'organisme envisagé tour à tour dans ses éléments anatomiques, dans ses systèmes ou appareils, dans ses organes et ses principales fonctions.

Plus loin, les médicaments sont étudiés comme agents de la matière médicale suivant un groupement emprunté à la chimie et à l'histoire naturelle.

Ce plan un peu complexe expose à quelques redites; mais il a permis à l'auteur de développer des vues personnelles pleines d'intérêt. Citons les premiers chapitres pour donner une idée des notions générales qui y sont traitées.

Chap. I. *Relations entre l'organisme et les substances qui l'affectent*, telles, par exemple, que les rapports entre les poids atomiques des corps et l'action physiologique qu'ils exercent.

Chap. II. *Circonstances qui modifient l'action des médicaments sur l'organisme.*

Chap. III. *Action des médicaments sur le protoplasma — sur le sang — sur les organismes inférieurs*, etc.

Ce traité, rédigé d'une manière très claire par un expérimentateur habile et compétent, riche en figures facilitant la compréhension du

texte, nous paraît appelé à prendre une place des plus honorables dans la bibliothèque des étudiants et des praticiens. G. H.

Manuel des injections sous-cutanées, par BOURNEVILLE et BRICON (in-16, 2e édit., *Paris*, 1885).

Il nous paraît utile d'appeler l'attention du public médical sur ce petit manuel, dont la 1re édition a paru il y a moins de deux ans. On y trouve en effet un résumé succinct, mais complet, de la médication hypodermique ; méthodes d'injection, doses et formules, action physiologique et thérapeutique du médicament, tout est indiqué en quelques lignes. Signalons, parmi les substances nouvelles employées de la sorte, la cocaïne, la kairine, la thalline, l'antipyrine, l'acide osmique, l'acide chrysophanique, etc. C'est un manuel excellent, au courant des plus récentes acquisitions de la pharmacologie. A. C.

Kritisches und Experimentelles zur Lehre vom Fieber und von der Kaltwasserbehandlung (**Etude critique et expérimentale sur la fièvre et la médication réfrigérante**), **par NAUNYN** (*Archiv für experimentelle Pathologie und Pharmakologie, Band XVIII, Heft* 1 *et* 2, *p.* 49).

Dans ce long mémoire, Naunyn passe successivement en revue les notions acquises sur les dangers de l'hyperthermie expérimentale, sur les modifications qu'imprime au fonctionnement de certains organes le séjour dans une atmosphère surchauffée, sur les dangers de l'hyperthermie dans les maladies fébriles, sur les modifications que l'hyperthermie fébrile imprime aux différents organes, sur la part qui revient à l'hyperthermie fébrile dans l'augmentation de l'usure organique, sur les autres troubles fonctionnels qu'engendre la fièvre (modifications des échanges nutritifs, altération du sang, troubles sécrétoires, circulatoires.)

Dans un dernier chapitre, Nannyn s'occupe du traitement hydriatrique de la fièvre typhoïde. Il se déclare partisan convaincu de l'efficacité de ce traitement. Mais il ne croit pas que cette efficacité soit exclusivement attribuable à l'action antithermique des bains. Car, ajoute-t-il, la méthode de traitement préconisé par Riess, qui consiste dans l'emploi du bain tiède permanent, est celle qui influence le plus puissamment la température fébrile des typhiques, et pourtant elle n'a pas donné des résultats thérapeutiques bien brillants (mortalité 22 0/0). Le résultat a été un peu plus mauvais (mortalité 24 0/0) chez une autre série de typhiques que Riess a soumis à l'administration de doses massives de salicylate de soude, de manière à obtenir des abaissements considérables de température.

D'autre part, Naunyn a fait valoir que souvent la fièvre typhoïde évolue avec des températures relativement basses et présente néanmoins une grande gravité; que, dans ces cas-là, le traitement par les bains froids, appliqué d'une façon systématique, donne des résultats excellents, quoique pendant la durée du traitement le tracé thermométrique des malades dénote un relèvement de la température corporelle alors que toutes les autres manifestations s'atténuent. Enfin il ajoute que l'influence salutaire des bains froids n'est jusqu'ici bien démontrée que pour une seule maladie fébrile, la fièvre typhoïde, tandis qu'elle devrait s'étendre à toutes les autres, si réellement la médication n'agissait qu'à titre d'an-

tithermique. Son action favorable serait due en grande partie à ce qu'elle augmente habituellement dans des proportions notables la sécrétion urinaire et du même coup l'élimination de l'urée et des autres substances excrémentitielles, plus ou moins toxiques. On constate en même temps que l'état cérébral des malades s'améliore ; que la cyanose, quand elle existe, s'atténue ; que le pouls devient plus vigoureux, le catarrhe pulmonaire s'amende, effets qu'on ne saurait mettre sur le compte de l'action refrigérante. Après quoi Naunyn passe en revue les opinions qui ont été émises, concernant l'action que les applications du froid exercent sur les grandes fonctions de l'économie, circulation, respiration, fonctions nerveuses, action propre à faire comprendre les modifications salutaires que le traitement par les bains froids imprime souvent à l'évolution de la dothiénenterie.

Il termine en exposant dans tous ses détails la technique adoptée à l'hôpital de Kœnigsberg pour le traitement de la fièvre typhoïde par l'eau froide.

E. RICKLIN.

La fièvre typhoïde traitée par les bains froids, par R. TRIPIER et L. BOUVERET (in-8° de 640 pages, *Lyon*, 1886).

Le livre de Tripier et Bouveret n'est pas seulement un résumé consciencieux des travaux publiés sur la méthode de Brand et sur la réfrigération des typhiques, c'est encore et surtout une œuvre personnelle, appuyée sur de nombreuses observations cliniques et basée sur une pratique hospitalière de plus de dix ans. On peut dire, sans exagération, que c'est le plaidoyer le plus sérieux paru en France en faveur de la balnéation chez les typhiques.

Les faits observés par les médecins de Lyon sont au nombre de 232 ; ils ont fourni 20 morts, soit une mortalité de 8,5 0/0. Cette mortalité s'abaisserait encore si le traitement avait toujours été institué dès le début de la maladie; parmi les 20 cas mortels, la plupart étaient des typhiques arrivés déjà au deuxième et même au troisième septénaire avant d'avoir pu prendre un seul bain.

C'est, en effet, d'après Tripier et Bouveret, l'indication fondamentale du traitement : l'appliquer de bonne heure, de façon à ralentir, sinon à supprimer les fermentations morbides. C'est là, il faut bien le dire, un écueil en pratique, car le diagnostic de la fièvre typhoïde est souvent hésitant au début, et il ne serait pas indifférent de soumettre à la balnéation froide un phtisique atteint de granulie, par exemple.

Un des chapitres les plus instructifs de l'ouvrage est celui qui a trait aux contre-indications de la méthode. Les auteurs passent en revue les conditions antérieures inhérentes au malade, telles que la grossesse, la menstruation, la puerpéralité, l'alcoolisme ; et celles qui dépendent de la maladie elle-même et de ses complications, notamment des accidents thoraciques, cardiaques et abdominaux. Il est remarquable de voir combien la pratique habituelle des bains froids a rendu hardis les médecins lyonnais. Pour eux, la bronchite et même la bronchopneumonie ne constituent pas une contre-indication à la méthode : pas même la pleurésie aiguë ni la néphrite. Les seuls cas où les bains sont absolument proscrits sont la coexistence d'une phtisie, d'une perforation intestinale, d'une péritonite, d'une hémorragie intestinale tardive et grave, et enfin d'une

pleurésie tardive. Les bronchopneumonies ne rentrent pas dans cette catégorie.

Le chapitre consacré aux effets cliniques des bains n'est pas moins intéressant. Il comprend deux questions principales : l'influence du bain froid sur la température fébrile, son action sur les symptômes de la fièvre typhoïde. Les auteurs montrent comment s'abaisse la température pendant l'immersion froide, pour remonter plus ou moins vite entre deux bains, et comment la courbe générale se trouve modifiée suivant les formes de la maladie. Un des résultats les plus nets de la balnéation est la diurèse qu'éprouvent la plupart des malades, et qui doit être considérée comme d'un augure favorable.

La dernière partie de l'ouvrage est consacrée à la description détaillée des diverses méthodes de réfrigération des typhiques, et spécialement à la méthode de Brand, que les auteurs préconisent dans toute sa rigueur. A l'appui de cette assertion, ils publient les statistiques comparées de la mortalité typhique en France et en Allemagne, et montrent que tandis chez nous elle s'élève à 13 ou 14 0/0 au minimum, Brand arrive à n'avoir plus que 3 ou 4 morts sur 100 malades. La méthode n'est même pas impraticable à la campagne, car, dans quelques épidémies locales où on l'a employée avec rigueur, on l'a vue donner d'excellents résultats. Ainsi les auteurs citent quatre villages, Thoiry, Curis, Saint-Germain et Neuville, près de Lyon, où, sur 248 typhiques traités de la sorte, il n'y eut que 9 morts, soit 3,62 0/0.

Ce court aperçu suffit pour montrer dans quel esprit est conçu l'ouvrage de Tripier et Bouveret. Ce n'est pas une œuvre de parti pris, faite pour soutenir des doctrines théoriques toujours contestables : c'est un livre de pure clinique, dont les conclusions découlent de l'examen exclusif des malades. C'est là une exception trop rare de nos jours pour que nous ne nous plaisions pas à la signaler. H. RENDU.

Ueber Coupiren des Typhus abdominalis durch Quecksilberinunction (Traitement abortif de la fièvre typhoïde par les frictions mercurielles), par KALB (*Berliner klinische Wochens, n° 3, p. 36, 19 janvier* 1885).

Voulant utiliser l'action abortive du calomel dans la fièvre typhoïde, sans trop demander à l'absorption d'un intestin malade, Kalb y joint les frictions avec 6 grammes d'onguent gris (4 grammes chez les enfants) pratiquées une demi-heure de suite pendant 6 jours, le premier jour sur le ventre, les deux suivants sur la face interne d'une des cuisses et ainsi de suite.

Depuis 6 ans, il a traité ainsi plus de 100 cas de fièvre typhoïde et réussi 80 fois sur 100 à abréger considérablement la période fébrile de la maladie, à condition qu'on recoure à la médication avant l'apparition des taches rosées.

En général, le huitième jour après le début du traitement, c'est-à-dire 2 jours après qu'on a terminé les onctions, la température est redescendue à la normale, ou à peu de chose près. Aussi, durant les 15 jours qui suivent, on a beaucoup de peine à empêcher les malades de commettre des imprudences, notamment en ce qui concerne l'alimentation.

Les rechutes sont plutôt plus communes avec ce mode de traitement

Il est d'ailleurs indispensable de faire prendre concurremment, aux typhoïdiques, de l'alcool à hautes doses pour prévenir la débilitation causée par la cure hydrargyrique. J. B.

Ueber den abortiven Verlauf des Typhus abdominalis bei Behandlung mit Naphtalin (Étude sur l'emploi de la naphtaline comme traitement abortif de la fièvre typhoïde), par L. GÖTZE (*Zeitschrift für klinische Medicin, Band IX, Heft* 1, *p.* 72-89).

Götze a employé la naphtaline chez 35 malades atteints de fièvre typhoïde. Il la donnait à la dose de 5 grammes par jour, parfois même à la dose de 6 ou 7 grammes. Les malades prenaient à la fois un gramme du produit. Il est bon d'y ajouter, pour masquer le goût, un peu d'huile de bergamote.

On évita autant que possible de donner en même temps d'autres médicaments. Cependant quelques-uns des sujets en observation reçurent de faibles doses d'antipyrine. La naphtaline fut presque toujours très bien tolérée. Les vomissements furent exceptionnels, l'appétit sembla plutôt renaître que diminuer; il n'y eut jamais d'albuminurie inquiétante et qu'on pût attribuer au médicament, il n'en faut pas moins toujours surveiller attentivement les urines, le rein constituant une des grandes voies d'élimination. Enfin la diminution de la diarrhée fut très fréquente; souvent même il y eut un peu de constipation; cette diminution de la diarrhée coïncidait avec une diminution de la douleur intestinale.

Un seul malade ayant d'abord pris un gramme, puis 7 grammes de naphtaline par jour, présenta des phénomènes d'intoxication. L'abattement et le délire rappelaient beaucoup les symptômes de l'empoisonnement par l'iodoforme. La naphtaline supprimée, tout se dissipa rapidement. Chez 3 malades l'effet abortif fut presque instantané, et la fièvre tomba en moins de 3 jours. On continua cependant la naphtaline jusqu'à ce que la tuméfaction de la rate eût entièrement disparu. Chez 9 autres malades, il fallut 10 jours pour obtenir le même résultat; chez 4 autres enfin il fallut 20 jours.

En résumé l'effet abortif fut obtenu dans 17 cas sur 35. Dans les 18 cas où il ne se produisit pas, il n'y en eut pas moins une certaine amélioration qui se traduisit surtout par l'augmentation des rémissions matinales. Il est de plus à noter que de très faibles doses d'antipyrine suffisaient chez ces malades pour obtenir un abaissement considérable de la température. Les récidives, quand la naphtaline fut continuée jusqu'à la complète disparition du gonflement de la rate, furent extrêmement rares. On n'en observa qu'un seul cas; encore était-il douteux, le malade présentant un abcès de l'aisselle qui pouvait à la rigueur suffire à expliquer le retour de la fièvre. Trois malades, à qui la naphtaline avait été administrée d'une façon intermittente, présentèrent au contraire des récidives. Chez deux d'entre eux, elles furent courtes et ne se prolongèrent pas plus d'une semaine; chez le troisième la récidive fut très grave et de très longue durée. Sur les 35 malades traités, 3 seulement sont morts; encore présentaient-ils tous les trois des complications, pneumonie du sommet, bronchopneumonie, cystite. M. DEBOVE.

On the hygienic and climatic treatment of chronic pulmonary phthisis, par Hermann WEBER (*Croonian Lectures, in-8°, Londres* 1885).

L'auteur a résumé, dans ce petit volume, les questions afférentes au traitement de la phtisie. Dans la première leçon, il passe en revue les données modernes sur la nature de la tuberculose, sa contagiosité, sa curabilité, et sur le traitement prophylactique qui s'impose, en raison des doctrines bacillaires.

La seconde leçon est consacrée à l'exposé du traitement curatif, régime, médication prophylactique qui s'impose ,dit-il, en raison des doctrines bacillaires.

Weber insiste tout particulièrement sur la nécessité de placer les phtisiques dans un milieu salubre, un air pur, et il fait voir, à ce propos, toutes les défectuosités d'installation de ces malades dans les grands hôpitaux généraux. Pour remédier efficacement à ces inconvénients, il serait nécessaire d'établir de petits hôpitaux spéciaux, loin des villes, en pleine campagne. On trouve la confirmation de ces idées maintes fois préconisées par les médecins, dans les avantages obtenus par le séjour dans les stations climatériques. A propos de climats (3e leçon), Weber se refuse à envoyer dans les stations à altitude élevée, non seulement les phtisiques à une période avancée, mais ceux qui ont une tendance à l'éréthisme, qui ont des complications d'emphysème, d'albuminurie, de cardiopathie, d'ulcération laryngée, ceux chez lesquels la fièvre est constante. Il termine cet exposé thérapeutique par une étude des stations les plus connues de l'Europe et de l'Amérique. A. C.

L'assimilation et la transformation des matières azotées dans l'alimentation des phtisiques par le procédé Debove, par G. KOURLOFF (*Arch. slaves de biologie, t. I, p.* 159).

D'après des expériences entreprises sur des phtisiques avérés, Kourloff montre que la quantité d'azote assimilée par kilogramme de poids du corps a triplé pendant le gavage (0,32 gr. avant, 0,93, pendant le gavage) et même se maintient après le traitement (0,33 gr.). — Parallèlement à cette activité dans l'assimilation, le poids du corps augmente (420 gr. en moyenne par jour), l'état général s'améliore notablement, et la température tend à baisser nettement. Les fèces deviennent consistanteset moulées. Quant aux symptômes physiques, l'amélioration se borne à l'atténuation des souffles et des râles muqueux. A. NICOLAS.

Ueber die günstige Wirkung des Amylnitrits (Bons effets du nitrite d'amyle dans l'angine de poitrine), par UNGAR et BINZ (*Berlin. klin. Woch., n°* 43, *p.* 693, 27 *octobre* 1884).

Ungar relate l'observation d'un homme de 63 ans atteint d'angine de poitrine, chez lequel l'inhalation de 2 à 5 gouttes d'azotite d'amyle a toujours suffi pour arrêter les crises durant 5 semaines, pendant lesquelles le malade recourut plus de 20 fois par 24 heures à ce médicament.

L'homme ayant succombé subitement en allant à la garde-robe, on trouva, à son autopsie, une dilatation du cœur avec dégénération graisseuse et myocardite et une sclérose des artères coronaires athémateuses.

Cette observation montre donc que même dans les affections organi-

ques du cœur l'amyle rend des services et qu'on en peut faire un usage fréquent sans inconvénient.

Dans la discussion, Binz constate que le fait d'Ungar vient s'ajouter à des faits antérieurs prouvant ce qu'il soutient depuis longtemps, c'est que les craintes des médecins relativement à l'emploi de l'amyle ne sont pas motivées. Comme cette substance abaisse la pression artérielle, elle ne saurait nuire à des parois artérielles sclérosées, bien au contraire.

Si, comme on l'a prétendu, l'amyle augmentait la pression artérielle, on pourrait citer à son passif des cas de mort, ce qui n'est pas.

Binz croit qu'il agit en mettant en liberté de l'acide nitreux qui se décompose. En résumé, à défaut d'autre médicament, il conseille dans toutes les angines de poitrine d'essayer de l'amyle en commençant par une goutte qu'on met dans un tube à vaccin; graduellement on arrive jusqu'à 6 gouttes. Si cette dose ne suffit pas, c'est que l'amyle n'est pas indiqué. J. B.

Therapeutische Wirkung des Natriumnitrits (Action thérapeutique du nitrite de soude), par SCHWEINBURG (*Wien. med. Presse, n°* 15, 1885).

A l'exemple de Leyden, Lublinski et Fuchs, l'auteur a expérimenté le nitrite de soude dans un grand nombre de cas. Il prescrivait le médicament à la dose de 15 centigrammes par jour, en trois fois.

Plusieurs sujets, atteints d'angine de poitrine sans lésion cardiaque, ont été soulagés ou même guéris. Même résultat favorable chez une femme atteinte d'asthme hystérique, chez un emphysémateux, chez une femme de 47 ans atteinte de dilatation de l'estomac et d'asthme dyspeptique. L'effet a été nul dans un cas de cardialgie, un cas d'insuffisance aortique, et 2 cas de névralgie intercostale.

Chez 5 sujets qui souffraient de palpitations sans lésion du cœur, le nitrite de soude s'est montré efficace. L. GALLIARD.

Nature et traitement curatif de l'angine de poitrine vraie, par Henri HUCHARD (*Semaine méd.; Congrès de Grenoble*, 19 *août* 1885).

Dans cette note, Huchard soutient une fois de plus la théorie de l'ischémie cardiaque, qu'il a exposée et défendue déjà dans plusieurs travaux antérieurs. Lésion scléreuse des artères coronaires rétrécissant soit leur embouchure, soit leur trajet lui-même, telle est, d'après lui, la cause véritable de l'angine de poitrine. D'après cette théorie, le traitement auquel il se trouve conduit naturellement est l'usage de l'iodure de potassium continué pendant deux ou trois ans à la dose de 1 à 3 grammes par jour; cependant, comme à la longue le sel peut devenir toxique, il lui substitue fréquemment l'emploi de l'iodure de sodium, qui est beaucoup moins toxique et qui en outre renferme une plus grande quantité d'iode. L'iodure de lithium lui aurait donné, dans certains cas, des résultats favorables : comme traitement de l'accès, les injections de morphine, le nitrite d'amyle, la nitroglycérine, en forment la base. Quatre observations, dans lesquelles ce mode de traitement tant curatif que palliatif a été mis en usage avec succès, sont annexées à ce travail.

C. GIRAUDEAU.

Sur l'emploi du salicylate de lithine dans le traitement du rhumatisme, par VULPIAN (*Bullet. de l'Ac. de méd., t. XIV, n°* 49).

Suivant l'auteur, le salicylate de lithine est aussi efficace que le salicylate de soude dans le rhumatisme articulaire aigu : il en serait vraisemblablement de même dans le traitement des accès aigus de goutte. Dans les cas où, après l'emploi du salicylate de soude, certaines jointures restent encore douloureuses, le salicylate de lithine peut intervenir utilement et faire disparaître en peu de jours les dernières traces du rhumatisme. C'est particulièrement quand les tissus fibreux sont surtout atteints que le salicylate de lithine paraît plus actif que le salicylate de soude. Il est plus actif aussi dans le traitement du rhumatisme articulaire subaigu progressif. Le rhumatisme articulaire chronique primitif lui même, dans ses périodes avancées, alors que les jointures sont déformées, gonflées, à demi ankylosées, n'est pas absolument rebelle à l'action de ce médicament.

La dose active du salicylate de lithine se rapproche beaucoup de celle du salicylate de soude. Il faut en faire prendre, en général, 4 grammes par jour; parfois même il faut aller jusqu'à $4^{g},50$ ou 5 grammes. Si l'on va au delà, les phénomènes d'intolérance apparaissent.

Les effets physiologiques habituels du salicylate de lithine sont : une céphalalgie plus ou moins accusée, des vertiges et plus souvent une surdité parfois considérable; c'est au bout d'une demi-heure ou une heure que ces phénomènes apparaissent; ils peuvent durer assez longtemps, jusqu'au lendemain même. Quelquefois on observe des troubles intestinaux caractérisés par des coliques et de la diarrhée.

D'après Vulpian, l'action du salicylate de lithine sur le rhumatisme est due évidemment en grande partie à l'acide salicylique qu'il contient; la lithine cependant ne jouerait pas un rôle insignifiant, puisque les autres salicylates déterminent des effets bien moins complets, bien moins satisfaisants. GASTON DECAISNE.

L'action de la nitro-glycérine dans les néphrites, par P.-V. BOURGINSKYR (*Vratch, n°* 21, 1885).

Une dose de 5 milligrammes à 1 centigramme diminue la quantité absolue de l'albumine. L'excrétion de l'urine est augmentée, mais les phénomènes œdémateux ne sont aucunement modifiés. Le traitement est d'ailleurs bien supporté. A. N.

De la naphtaline dans la dysenterie, par FALKENBERG (*Voënno Sanit. Delo, n°* 40, 1885).

Falkenberg a obtenu les meilleurs résultats de l'emploi de la naphtaline, unie à l'huile de castoréum, dans la dysenterie. Dès le second jour, survenait une amélioration, et la guérison a été obtenue dans bien des cas en 5 ou 6 jours. Rarement il a fallu avoir recours simultanément à l'opium, à l'ipéca, etc. A. C.

Hydrochinon als antipyreticum (L'hydroquinone comme antipyrétique), par Paul SEIFERT (*Berliner klinische Wochenschrift, n°* 29, *p.* 450, 21 *juillet* 1884).

L'hydroquinone ($C^6H^6O^2$) est tirée de la benzine et est isomère avec la

pyrocatéchine et la résorcine. On la prépare en faisant arriver de l'acide sulfureux dans une solution aqueuse de quinone, jusqu'à ce que la solution devienne incolore ; puis, on évapore et on extrait, à l'aide d'éther, l'hydroquinone formé.

Cette substance cristallise en prismes rhombiques incolores, peu solubles dans l'eau, très solubles dans l'alcool et l'éther. L'hydroquinone a un goût douceâtre, nullement désagréable.

C'est Brieger, en 1879, qui a fait les premières expériences physiologiques et thérapeutiques sur ce corps et reconnu ses propriétés antifébriles.

Les expériences de Seifert sur les malades de l'hôpital municipal de Dresde confirment les résultats annoncés par Brieger.

Seifert a prescrit l'hydroquinone à des adultes (15 typhoïdiques, 10 phtisiques, 5 pneumoniques, 5 scarlatineux, etc.) et à des enfants (10 scarlatineux, diphtéritiques et typhoïdiques) ; ces derniers prennent volontiers ce médicament à cause de sa saveur un peu douce.

A la dose de 1 gramme, chez l'adulte, l'hydroquinone abaisse déjà sensiblement la température ; l'effet commence au bout de dix ou vingt minutes et s'accompagne de sueurs ; après deux ou trois heures, l'abaissement thermométrique est au maximum. Alors, en même temps que les sueurs cessent, des frissonnements se produisent et la température se met à remonter pour atteindre au bout d'une heure son degré antérieur.

Le pouls n'est modifié qu'au point de vue de sa fréquence, et cela d'une façon parallèle à la température.

La respiration n'éprouve aucun changement.

Les urines sont foncées, comme phéniquées.

Si, au lieu d'une seule dose, on prescrit trois à quatre doses de 1 gramme à trois heures d'intervalle les unes des autres, on maintient à 38°,5 la température des malades atteints de typhoïde ou de pneumonie. On peut d'ailleurs augmenter sans danger la quantité quotidienne.

Les seuls phénomènes accessoires du médicament sont les vomissements d'intolérance et les frissonnements qui accompagnent la réascension de la température.

Chez les phtisiques, l'hydroquinone est contre-indiquée à cause des sueurs.

Aux enfants, Seifert a administré l'hydroquinone, à la dose de 1/3 de gramme, de 2 à 4 ans, et de 1/2 gramme chez les enfants plus âgés. Il a constaté les mêmes effets sans plus d'inconvénients que chez les adultes.

En résumé, l'hydroquinone est un bon antipyrétique d'action moins persistante que le quinine, mais aussi moins coûteux qu'elle et dégagé de ses effets accessoires fâcheux ; c'est un médicament précieux chez les enfants qui prennent difficilement la quinine. (*R. S. M.*, XX, 70.)

J. B.

I. — L'action de l'antipyrine sur la température et les échanges chimiques interstitiels des enfants fébricitants et bien portants, par V.-F. JACOUBOVEITH (*Russkaïä medicina, n.* 21, 22 *et* 23, 1885).

II. — Note sur la valeur comparative de l'antipyrine et du sulfate de quinine

dans le traitement de la fièvre typhoïde, par BARIÉ (*France médicale*, 8 *décembre* 1885).

III. — **Étude sur l'antipyrine, par BALLACEY** (*Thèse de Montpellier*, n° 16, 1885).

IV. — **Étude physiologique et thérapeutique de l'antipyrine, par V. BRETON** (*Thèse de Montpellier*, n° 34, 1885).

V. — **De l'antipyrine dans le rhumatisme aigu et subaigu, par J. JOUBERT-LAURENÇIN** (*Thèse de Lyon*, 1885).

I. — L'auteur administre des doses de 3 à 4 grammes pendant trois ou quatre jours et trouve que l'antipyrine abaisse la température chez les enfants fébricitants aussi bien que chez les bien portants, moins chez ceux-ci. Le degré d'abaissement varie suivant les sujets et ne se maintient pas au delà de vingt heures. En général, la quantité d'urine diminue et sa densité augmente. Pendant la durée du traitement, les quantités d'urée, acide urique, chlorures, etc., diminuent pour augmenter quarante-huit heures après qu'on a cessé d'administrer le médicament. On retrouve l'antipyrine dans l'urine à l'aide du perchlorure de fer, de l'iode et de l'iodure de potassium.

II. — Ayant eu l'occasion d'observer onze cas de fièvre typhoïde presque simultanément, l'auteur a divisé ses malades en deux groupes. Cinq ont été traités systématiquement par le sulfate de quinine, à la dose de 1 gramme par jour pris en deux fois, le matin vers dix heures et le soir vers quatre heures et demie; le médicament a été donné dans une demi-tasse d'infusion de café noir. Les six derniers malades ont été soumis à l'antipyrine, à la dose de 2 grammes par jour; ces six malades ont été subdivisés en deux groupes : trois d'entre eux prenaient le médicament par la voie stomacale (1 gramme à dix heures, 1 autre gramme à quatre heures et demi, en solution dans l'eau). Les trois derniers malades ont reçu le médicament en lavements, un le matin, un autre le soir, contenant chacun 1 gramme du médicament.

Dans ces conditions, l'auteur a trouvé que, pour les malades traités par l'antipyrine, la période d'apyrexie s'est manifestée en moyenne vers le vingt-septième jour; elle a commencé vers le vingt-deuxième pour ceux qui ont été soumis au sulfate de quinine. Bien que la différence ne soit pas grande, elle reste cependant à l'avoir de ce dernier médicament. On peut donc déjà conclure que l'antipyrine ne paraît pas avoir d'influence réelle sur la durée de la maladie. Par contre, l'action antithermique de cette substance n'est plus à démontrer; sous son influence, on constate des abaissements de température d'un degré, d'un degré et demi, et même davantage. Mais ces abaissements de température ne persistent pas : le soir même, le thermomètre remonte, et parfois son ascension est plus élevée que celle de la veille. Un autre résultat, déjà signalé d'ailleurs, est l'apparition de *sueurs profuses;* certains malades semblent sortir d'un bain de vapeur, et leur état de faiblesse peut devenir inquiétant. Un des malades de Barié, sujet à cette sudation excessive, présenta encore au trentième jour, alors que la dose d'antipyrine avait été portée à 1 gramme seulement depuis quatre jours, une *éruption scarlatiniforme* occupant toute la moitié inférieure du corps. Les érythèmes quiniques signalés par les auteurs sont à coup sûr beaucoup plus rares.

En résumé, Barié donne la préférence au sulfate de quinine. Le meilleur mode d'administration de ce médicament consiste à le mélanger à une infusion de café noir; c'est ainsi qu'il est le mieux toléré.

GASTON DECAISNE.

III. — Voici les conclusions de ce travail, qui contient, outre un certain nombre d'observations cliniques, une série d'expériences faites sur les animaux.

L'antipyrine est un antithermique qui agit d'une façon sûre et rapide sur la température fébrile presque exclusivement.

Bien que n'étant pas absolument inoffensive, elle l'est cependant plus que les autres antipyrétiques, comme la quinine, l'arsenic, le salicylate de soude, la digitale.

Le seul inconvénient qu'elle présente est de provoquer des sueurs quelquefois considérables, variables suivant les individus et le mode d'administration.

Elle agit d'une façon utile chez les adultes à la dose de 2 à 4 grammes dans la tuberculose et de 4 à 6 grammes dans les autres affections fébriles. Chez les enfants, la dose doit varier suivant l'âge de $0^{gr},30$ à 3 grammes.

L'action hémostatique de l'antipyrine paraît certaine, bien qu'assez peu étudiée. Quant à l'action antiputride, jusqu'à plus ample informé, Ballacey la considère comme douteuse, ses expériences ayant donné des résultats négatifs à ce point de vue.

A. MOSSÉ.

IV. — Comme le précédent, ce travail a pour but de faire connaître les bons effets obtenus par l'antipyrine dans les cas assez nombreux où l'auteur l'a employée ou vu employer, en particulier dans le service du professeur Combal. Peut-être même les conclusions, moins réservées que les premières, sont-elles trop enthousiastes et mériteraient-elles quelques restrictions.

D'après Breton, en effet, l'antipyrine est le médicament antithermique par excellence; on doit l'employer dans toutes les affections fébriles sans exception, chaque fois que la fièvre fait indication. C'est peut-être le seul antipyrétique qui n'échoue pas chez les phtisiques. Elle est dans le rhumatisme articulaire l'égal du salicylate de soude; enfin, elle est un hémostatique très puissant dont la place est au premier rang, à côté du perchlorure de fer et de l'ergot de seigle.

Comme on le voit, les contre-indications formulées par Breton ne sont pas nombreuses; il admet toutefois que l'antipyrine, n'étant pas un antipériodique comme le sulfate de quinine, reste sans effets dans le traitement de l'infection palustre.

A. MOSSÉ.

V. — Joubert-Laurencin a étudié dans le service de Clément, à l'hôtel-Dieu de Lyon, les effets de l'antipyrine dans les cas de rhumatisme. Les résultats qu'il a obtenus confirment ceux de Bernheim (voy. *R. S. M.*, XXVII, 71). Dans dix-sept cas, il a eu quinze succès; deux insuccès dans des rhumatismes blennorragiques. L'effet est très rapide; en quelques heures, les douleurs s'apaisent, le gonflement diminue; mais cette action ne marche pas de pair avec l'effet antithermique. La température s'abaisse quelquefois peu, malgré la disparition des douleurs articulaires. La durée de la maladie a été ainsi réduite à quatre jours, à condition de ne pas suspendre trop tôt le médicament,

qu'on administrait à la dose de 4 grammes en quatre fois, à une heure d'intervalle. Joubert-Laurencin n'a jamais observé d'accident, ni même de troubles légers en dehors des sueurs. L'antipyrine ne semble pas prévenir les complications cardiaques ou pulmonaires. A. C.

I. — **Cocaïnum muriaticum, par H. SENATOR et SCHWECHTEN** (*Berliner klinische Wochenschrift*, 5 *janvier et* 30 *mars* 1885).

II. — **Zur Wirkung des Cocaïnum muriaticum... (Effets du chlorhydrate de cocaïne sur la muqueuse du palais, du pharynx et du larynx), par Arthur GEIER** (*Ibidem*, *p.* 800, 15 *décembre* 1884).

III. — **Ueber Cocaïn, par BERTHOLD** (*Ibidem*, 15 *juin* 1885).

IV. — **Ueber den Werth des Cocaïn bei Erkrankungen und Operationen des Auges (Valeur de la cocaïne en ophtalmologie), par von HIPPEL** (*Ibidem*, 27 *avril* 1885).

V. — **Ueber die Anwendung des Cocaïn im Larynx und der Nase (Cocaïne dans les affections du larynx et du nez), par Paul HEYMANN, B. FRAENKEL, SCHŒLER, LUBLINSKI** (*Idem*, *n°* 4, *p.* 50 ; 26 *janvier*, *n°* 5, *p.* 77 ; 2 *février*, *n°* 6, *p.* 92, *et* 9 *février* 1885).

VI. — **Cocaïn, par Emil EMMERT et PFLUEGER** (*Corresp.-Blatt für schw. Aerzte*, 15 *mars* 1885).

VII. — **La cocaïne contre les affections du mamelon chez les nourrices, par V. GAUTIER** (*Revue médicale de la Suisse romande*, *V*, *p.* 300).

VIII. — **Ueber den Werth des Cocaïnum muriaticum für die Behandlung von Hals-und Nasenleiden (Valeur du chlorhydrate de cocaïne dans le traitement des affections de la gorge et du nez), par Rud. MEYER-HÜNI, KROENLEIN, EICHHORST** (*Corresp.-Bl. f. schw. Aerzte*, 15 *juin* 1885).

IX. — **Einige Beobachtungen über das Cocaïnum muriaticum, par M. MANASSEIN** (*Berlin. klin. Woch.*, n° 35, *p.* 563, 31 *août* 1885).

X. — **Cocaïnum muriaticum gegen Seekrankheit (Essai de la cocaïne dans le mal de mer), par W. OTTO** (*Ibidem*, 26 *octobre* 1885).

XI. — **Ueber die Bedeutung des Cocaïn bei der Morphium-Entziehung (Importance de la cocaïne dans le traitement de la morphinomanie), par H. SMIDT et C. RANK** (*Ibidem*, 14 *septembre* 1885).

XII. — **Ueber die Wirkung des Cocaïn im kindlichen Alter (Cocaïne chez les enfants), par POTT** (*Ibidem*, 26 *octobre* 1885).

XIII. — **Die Behandlung des Keuchhustens mit Cocaïn (Du traitement de la coqueluche par la cocaïne), par J. PRIOR** (*Ibidem*, 2 *novembre* 1885).

XIV. — **Ueber Intoxication durch Cocaïn, par HEYMANN** (*Idem*, *n°* 48, *p.* 795, 30 *novembre* 1885).

I. — *Senator* s'est servi avec succès du chlorhydrate de cocaïne dans les affections des voies urinaires pour combattre le ténesme rectal ou anal, l'ardeur et les picotements de l'urètre. Il administrait ce médicament tantôt sous forme de suppositoires contenant 0,03-0,05 de sel, tantôt en injections et instillations urétrales de quelques gouttes jusqu'à 1 gramme d'une solution à 20 0/0.

Les injections ont été surtout efficaces mais leur action est temporaire.

De deux malades atteints l'un et l'autre d'ataxie locomotrice avec douleurs térébrantes du rectum, l'un a été soulagé passagèrement par les suppositoires, tandis que l'autre n'en a tiré aucun profit.

Senator a également employé ce médicament avec avantage dans la cure de la morphinomanie : les malades croyaient que la solution au centième qu'il leur injectait était de la morphine.

Dans la discussion, Schwechten fait connaître qu'il a prescrit la cocaïne à des dames sujettes aux défaillances. Celles-ci disparurent en même temps que la sécrétion urinaire était augmentée et qu'il y avait tendance à la diarrhée.

II. — D'expériences faites sur lui-même et sur 7 collègues, Geier conclut :

L'action de la cocaïne commence 1 ou 2 minutes après son application et dure de 15 à 20 minutes. Elle se traduit tout d'abord subjectivement. Ces sensations préexistent et survivent quelque temps aux effets objectifs du médicament. Quand les sensations subjectives diminuent, la muqueuse reprend l'état qu'elle avait avant l'emploi du médicament. L'anesthésie n'a pas besoin d'être complète, c'est-à-dire que les attouchements peuvent être mieux sentis, sans qu'il survienne des mouvements réflexes même chez les individus sensibles; ces phénomènes subjectifs sont : un sentiment d'engourdissement, de sécheresse, de gonflement de la gorge et la non-sensation des mucosités et de la salive pendant les mouvements de déglutition. La sensibilité au contact, mais non celle à la température, est diminuée.

III. — Berthold a eu recours avec quelque apparence de profit à la cocaïne dans les otites moyennes pour diminuer la sécrétion.

IV. — Comme Berthold, von Hippel ne pense pas que l'existence d'un muscle dilatateur de la pupille soit nécessaire pour expliquer la mydriase cocaïnique, ainsi que l'admet Adolphe Weber. Berthold trouve que la dilatation est trop persistante pour se concilier avec une contraction musculaire; aussi croit-il à une paralysie des fibres du trijumeau contenues dans les muscles iriens. Quant à Hippel, il pense que la mydriase peut tenir à la contraction des fibres musculaires et des vaisseaux iriens.

L'expérience suivante de Hippel montre que lorsqu'on instille de la cocaïne dans le cul-de-sac conjonctival, une portion arrive par diffusion dans l'humeur aqueuse. Après 8 applications d'une goutte de la solution à 4 0/0, on ponctionne la chambre antérieure de l'œil d'un lapin et on introduit dans l'autre œil de l'animal l'humeur aqueuse recueillie. Au bout de 10 minutes il survient de l'anesthésie et de la mydriase ; la première ne dure que 5 minutes, la dilatation pupillaire est médiocre et disparaît rapidement.

Lorsque l'œil est enflammé, injecté, l'action de la cocaïne est plus lente à se produire.

Von Hippel a pratiqué des expériences comparatives avec le chlorhydrate, le bromhydrate, le salicylate, le citrate et le tartrate de cocaïne. Ces deux derniers sels sont peu solubles et, vraisemblablement à cause de cela, moins actifs que les trois autres, entre lesquels on ne peut constater aucune différence essentielle.

Entre autres opérations, von Hippel a fait 23 iridectomies qu'il a rendues complètement indolores en instillant une goutte de la solution à 4 0/0 toutes les 5 minutes, une demi-heure avant l'opération.

Dans la strabotomie, la tension du muscle avec le crochet occasionne une vraie souffrance lorsqu'on se borne à instiller la cocaïne dans le cul-de-sac conjonctival; au contraire, quand, une fois l'anesthésie conjonctivale obtenue, on injecte quelques gouttes de la solution sous la conjonctive, au niveau de l'insertion du muscle, la ténotomie ne cause plus aucune douleur.

Dans la discussion, *Gaethgens* raconte qu'il a préparé avec les feuilles de coca, outre la cocaïne, un liquide brun, oléagineux, à odeur de tabac, à réaction fortement alcaline que Wöhler et Lossen, qui l'ont découvert en 1862, ont nommé *hygrine* et ont cru inerte pour les lapins. Gaethgens, au contraire, en l'inoculant à des grenouilles et des lapins, a obtenu des phénomèmes toxiques analogues à ceux du curare.

Riegel, se basant sur les observations faites dans sa clinique, préconise aussi la cocaïne contre la dysphagie des tuberculeux.

V. — Heymann a reconnu que pour obtenir l'anesthésie la concentration des solutions de cocaïne doit varier suivant les muqueuses. Tandis que pour les yeux il suffit généralement d'une solution à 1 ou 2 0/0, pour le nez il en faut une de 5 à 10 0/0, et pour le larynx une de 20 0/0 et davantage.

Les effets obtenus sont d'autant plus durables que la solution est plus concentrée. Mais on peut admettre, d'une façon générale, qu'à la suite d'une cocaïnisation qui a produit une anesthésie complète, l'insensibilité de la muqueuse demeure entière durant un temps variable de 4 à 10 minutes, après quoi survient une phase dans laquelle la sensibilité est encore diminuée et qui persiste de 20 à 45 minutes.

Au point de l'application du médicament, la muqueuse est d'abord un peu plus pâle et plus exsangue, mais cela dure peu et bientôt elle ne se distingue en rien du reste de la muqueuse.

Comme Jelinck, Heymann a été frappé du dégonflement, de la contraction des muqueuses congestionnées. Un autre trait caractéristique de la cocaïne, employée intus comme extra, c'est qu'une fois son action spécifique terminée, il ne subsiste aucun trouble accessoire.

En revanche, deux phénomènes assez désagréables et constants au moment de son application sont la sensation de langue épaisse et une dysphagie spéciale dans laquelle il semble que la paroi postérieure du pharynx forme une saillie difficile à franchir pendant une demi-heure ou trois quarts d'heure. Jelinck a éprouvé un trouble analogue durant 20 minutes, mais c'était la luette qui lui semblait se gonfler en sphère et remplir le pharynx.

Quand on pratique une opération sur le larynx, l'anesthésie doit être étendue au pharynx et à la base de la langue.

Heymann a eu l'occasion de constater que la cocaïne agit d'une façon identique sur la muqueuse trachéale.

Dans la dysphagie des phtisiques, il l'a trouvée très supérieure à la morphine et à l'iodoforme; la cocaïne est également très efficace contre la toux quinteuse et la laryngite aigüe.

Grâce à une cocaïnisation préliminaire, il a pu, sans faire souffrir le

malade, inciser la muqueuse nasale, la refouler et réséquer une saillie de la cloison qui rétrécissait le méat.

Avec la même médication, il a vu disparaître une toux réflexe; à tous égards la cocaïne est précieuse, puisqu'elle permet de reconnaître si la névrose est réellement ou non d'origine nasale.

Dans la discussion, B. Fraenkel remarque que même les opérations profondes dans la gorge cessent d'être douloureuses, après badigeonnages de la muqueuse avec la cocaïne, par exemple l'avivement nécessaire à l'opération d'une fissure palatine, chez un enfant. Il estime que la cocaïne est plus précieuse pour la rhinoscopie et la laryngoscopie que l'atropine pour l'ophtalmologie.

Schœler formule ainsi les conclusions de ses expériences.

Tandis que l'atropine paralyse entièrement le nerf moteur oculaire commun à la fois dans ses rameaux accommodateurs et oculo-pupillaire et qu'elle excite légèrement le sympathique, le chlorhydrate de cocaïne paralyse les extrémités du trijumeau, excite les terminaisons du sympathique, mais n'a aucune influence sur le moteur oculaire commun.

Il en résulte qu'en cas d'affection inflammatoire on peut associer l'action de ces deux substances pour obtenir le maximum de mydriase possible.

Hirschberg relève l'importance de pouvoir désormais se passer, chez l'adulte, de chloroformisation pour opérer la cataracte.

Lublinski fait ressortir l'utilité, pour le diagnostic des badigeonnages, de cocaïne dans les affections nasales, où il serait très difficile, même après l'exploration avec un stylet, de savoir si l'on a affaire à un simple gonflement du tissu caverneux situé sur les cornets ou bien à une réelle hyperplasie : dans le premier cas, la cocaïnisation fait disparaître la tuméfaction.

Chez les malades atteints de phtisie laryngée, c'est surtout en cas d'œdème de l'épiglotte et des cartilages aryténoïdes que la cocaïne est efficace.

VI. — Quand on fait agir la cocaïne sur l'œil, on constate successivement 4 phénomènes : 1° l'insensibilité de la surface du bulbe et de la face interne des paupières; 2° la pâleur de toute la conjonctive; 3° le relèvement de la paupière supérieure avec une légère exophtalmie; 4° la dilatation de la pupille sans que celle-ci perde sa faculté de réagir à la lumière, de s'accommoder ni de converger.

Expérimentant sur lui-même, Emmert a noté que l'instillation d'une goutte d'une solution de chlorhydrate à 2 0/0 détermine instantanément une brûlure intense pendant une demi-minute, puis une impression d'humidité dans l'œil. Au bout de 2 minutes, commence l'anesthésie, qui est complète au bout de 5 à 6 minutes et persiste 25 minutes avant de disparaître progressivement. Durant la période d'anesthésie, il y a diminution des sécrétions oculaires. La dilatation de la pupille débute au bout de 10 minutes, atteint son maximum 40 minutes après l'instillation, puis rétrocède graduellement au bout de 2 heures.

Du commencement à la fin de l'expérience, Emmert éprouva de la céphalalgie frontale limitée au côté correspondant à l'œil cocaïnisé, qui lui semblait démesurément ouvert, tandis qu'il croyait sentir qu'on lui maintenait l'autre œil fermé en pressant dessus.

Il est bon que les médecins militaires sachent que l'emploi combiné de la pilocarpine ou de l'éserine d'une part, de la cocaïne de l'autre, peut servir à simuler la myopie.

La mydriase déterminée par la cocaïne a quelque chose de particulier. Tantôt la pupille est dilatée irrégulièrement et n'est plus ronde, tantôt sa forme est régulière, mais sa situation est excentrique; tantôt enfin et le plus communément, ces deux particularités se trouvent réunies, de manière à faire croire à l'existence de synéchies postérieures dont l'absence ne peut être établie que par l'emploi d'un autre mydriatique. L'excentricité pupillaire se produit toujours en dedans ou en bas, ou bien à la fois en dedans et en bas, de sorte que les bords supérieur et extérieur de l'iris sont beaucoup plus larges que les deux autres.

La mydriase paraît plus marquée chez les hommes à pigment très développé.

D'après Emmert, l'action de la cocaïne sur la pupille implique l'existence d'un muscle dilatateur animé par le sympathique.

Chez les malades atteints de paralysie du sympathique, on n'observe plus en effet la mydriase, mais l'action du muscle de Müller continue à se faire sentir sur la paupière.

Au point de vue de l'exploration de l'œil, la cocaïne a une grande valeur, parce qu'elle ne paralyse pas l'accommodation et, à l'inverse des autres mydriatiques, n'entrave pas la vision de près, plusieurs heures après son emploi.

En thérapeutique, on peut utiliser sa triple propriété :

1° De dilater la pupille : *a*) dans les opacités centrales du cristallin ; *b*) dans les hernies de l'iris; tandis que les autres mydriatiques augmentent le prolapsus; *c*) dans le traitement des synéchies postérieures ; *d*) pour augmenter la mydriase produite par d'autres médicaments qui n'agissent qu'en paralysant le nerf moteur oculaire commun ;

2° D'élever la paupière : dans toutes les formes de ptose congénitale ou aqueuse ;

3° D'insensibiliser la conjonctive, la cornée, etc. Ici les indications sont trop nombreuses pour les énumérer.

Emmert signale particulièrement les bons effets de la cocaïne dans les spasmes palpébraux et dans la kératite phlycténulaire.

Dans la discussion, Pflueger dit avoir remarqué que l'agrandissement de la fente palpébrale dû à la cocaïne est un peu asymétrique, en ce que l'ouverture des paupières est dirigé obliquement de haut en bas et de dedans en dehors, ce qui tient sans doute au mode de distribution des fibres de Müller.

Pflueger a observé un accident à la suite de l'emploi de la cocaïne; c'est une kératite névro-paralytique qui fut d'ailleurs peu grave.

Il fonde beaucoup d'espérances sur l'usage d'un topique composé d'une partie d'ésérine pour 25 de cocaïne. Sans modifier la pupille, ce mélange jouit de la propriété d'abaisser considérablement la tension intra-oculaire.

Pflueger n'a pas pu se convaincre des bons effets de la cocaïne dans le blépharospasme lié à la kératite phlycténulaire. Contrairement à Weber, il n'a pas trouvé non plus que les yeux opérés de cataracte sécrètent moins quand on a employé de la cocaïne.

VII. — Gautier a essayé une solution de cocaïne à 4 0/0 comme topique contre les douleurs du mamelon dues à un premier allaitement et contre celles tenant à des fissures ou des crevasses. Le résultat n'a pas été des plus satisfaisants, la disparition des douleurs n'a pas été complète, et la cicatrisation des gerçures ne s'est pas faite plus rapidement.

VIII. — Meyer confirme les bons effets des badigeonnages de cocaïne dans la dysphagie liée à la phtisie laryngée, opinion que corrobore aussi *Eichhorst* dans la discussion consécutive.

Meyer se sert encore de l'emploi des inhalations de cocaïne chez l'adulte atteint de coqueluche.

Krœnlein ayant reconnu, dans une opération de staphylorraphie, l'inefficacité de la solution à 2 0/0, se servit dans une autre uranoplastie d'une solution à 10 0/0. L'anesthésie fut parfaite et la perte de sang très minime. Mais quelques heures plus tard, il survint une hémorragie secondaire. En outre, la réunion par première intention ne se fit que par le voile; au niveau de la voûte osseuse, les lèvres de la plaie se mortifièrent dans une étendue de 2 centimètres, bien qu'il s'agît d'une jeune fille robuste. Krœnlein voit là une suite de la constriction que la cocaïne exerce sur les vaisseaux.

Horner, dans les opérations oculaires, estime que le principal avantage de la cocaïne, c'est de faciliter l'extraction des corps étrangers de la cornée par les médecins les moins expérimentés.

Il en recommande également l'emploi dans les cas d'hyperesthésie, de congestion de l'œil sans lésion appréciable.

Dans les strabotomies, en particulier, il y a une hémorragie secondaire notable, qui est la conséquence de l'ischémie conjonctivale produite par la cocaïne.

IX. — Manasseïn a administré avec succès le chlorhydrate de cocaïne dans le mal de mer (7 cas) et le choléra nostras (2 cas).

X. — Otto fait prendre aux passagers adultes deux ou trois fois par jour 5 grammes d'une solution de chlorhydrate de cocaïne au dixième de façon à ne pas dépasser chaque fois la dose de 0,01 à 0,02; en même temps il leur fait garder la position horizontale durant les premiers jours de la traversée et combat la constipation si commune dans le mal de mer. Sous l'influence de cette médication, qui s'est montrée cependant inefficace chez quelques-uns, il a vu cesser les vomissements et les nausées; le profit en a été très net pour les femmes enceintes.

XI. — Smidt et Rank ont expérimenté la cocaïne en injections hypodermiques, d'une part sur eux-mêmes, d'autre part sur trois morphinomanes.

Sur eux-mêmes, une dose de 0,05 à 0,1 a provoqué en premier lieu un sentiment de chaleur à la tête et aux extrémités, une augmentation de dix à quinze battements dans la fréquence du pouls, une faible augmentation dans la fréquence de la respiration, qui devenait en même temps plus aisée; une mydriase notable. Puis survinrent de la gaieté, de la loquacité, de la facilité et de la promptitude des opérations intellectuelles et une sensation universelle de bien-être.

Ces effets duraient de vingt à trente minutes et ne laissaient après eux qu'un peu de sécheresse de la bouche et du pharynx. Au niveau de l'injection, il se produit de l'anesthésie et de l'analgésie, puis une rougeur

circonscrite des téguments, phénomènes qui disparaissent au bout de quinze à vingt minutes.

De leurs observations chez les morphinomanes, les auteurs concluent :

La cocaïne est un médicament presque indispensable dans la cure de la morphinomanie, qu'elle facilite et abrège singulièrement, sans avoir des effets fâcheux pour la santé des malades.

On doit faire prendre aux malades des doses de cocaïne qui augmentent au fur et à mesure qu'on diminue celles de morphine. Le meilleur mode d'administration est l'injection hypodermique d'une solution aqueuse à 5 0/0. La dose moyenne isolée est pour l'adulte de 0,05. On peut temporairement, sans inconvénient, porter la dose à 0,1, à 0,15, mais il est dangereux de dépasser celle de 0,2.

Il ne paraît pas y avoir d'accoutumance à la cocaïne.

XII. — La teinture de coca, prescrite dans le catarrhe gastro-intestinal simple de l'enfance, arrête les vomissements et la diarrhée.

Elle est moins efficace comme antispasmodique dans l'épilepsie et la chorée.

Une solution de 5 à 10 0/0 de cocaïne appliquée localement ou introduite sous la peau des enfants procure une anesthésie locale pendant dix à vingt-cinq minutes et calme les douleurs.

En badigeonnage sur le pharynx, une solution à 5 0/0 diminuera considérablement le nombre et l'intensité des quintes de coqueluche.

Dans la discussion consécutive au travail de *Pott*, *Steffen* et *Dusch* confirment l'utilité des badigeonnages de cocaïne dans le coqueluche.

Kohts en mentionne l'efficacité dans la dysphagie dépendant d'ulcérations tuberculeuses de l'épiglotte.

XIII. — D'un certain nombre d'observations personnelles, Prior conclut que les badigeonnages du larynx avec une solution de cocaïne à 10 à 15 0/0 (à 5 0/0 dans les cas les plus intenses) donnent dans la coqueluche des résultats supérieurs à ceux de tout autre traitement. Les quintes se trouvent arrêtées pour un certain temps et ne reprennent jamais ni leur intensité ni leur fréquence premières. Les inhalations et pulvérisations de cocaïne sont beaucoup moins efficaces.

XIV. — Résumé du cas d'Heymann : Garçon de 9 ans 1/2 sans hérédité nerveuse. Pour enlever des papillomes laryngés, Heymann badigeonne le larynx et le pharynx avec du chlorhydrate de cocaïne. Il avait déjà employé environ 1 gramme de sel (dont une partie fut avalée entièrement), lorsque l'enfant se plaignit de saisissements et de malaise ; puis il chancela sur son siège. On l'étendit sur un sofa, où il resta complètement apathique, les yeux morts, dans une sorte de somnolence, durant environ 5 heures. Lorsqu'on l'interrogeait il répondait clairement, mais avec un air étonné et lentement. Au début il pouvait encore marcher quand on soutenait sa marche titubante. Aucun besoin de manger, aucune douleur ; pupilles non dilatées et réagissant bien, la voix intacte. Pas d'insensibilité de la cornée ni des téguments. Au bout de 2 heures, le pharynx avait récupéré sa sensibilité. Le pouls était plein et un peu fréquent (100), la respiration légèrement plus fréquente aussi (30 inspirations) et la température faiblement au-dessus (38°,2) de la normale. Le lendemain matin il ne restait aucun trouble morbide.

Dans la discussion, Litten insiste sur les précautions à prendre dans l'emploi sous-cutané de la cocaïne chez les personnes nerveuses. Par suite de son action sur l'appareil circulatoire (augmentation de pression),

il y a une affluence du sang artériel sur tous les organes, qui s'accompagne d'une chaleur « infernale » au dire de quelques malades qui avaient subi une injection de 0,01. La cocaïne provoque en outre deux phénomènes désagréables : 1° la sécheresse de la gorge qui oblige à d'incessants mouvements de déglutition pour avoir de la salive dans la bouche (d'où l'indication d'employer la cocaïne contre les salivations profuses); 2° le manque d'envie de manger tenant à l'état de la gorge.

A l'instigation de B. Fraenkel, H. Krieger a expérimenté l'action de la cocaïne sur les vaisseaux de la langue d'une grenouille curarisée. Le résultat constant est une dilatation prolongée des artères. On voit apparaître des capillaires où auparavant aucun vaisseau n'était visible. Cette dilatation vasculaire a lieu même avec une solution à 1/4000. Pour obtenir, sur la grenouille, le rétrécissement des vaisseaux noté chez l'homme, il faut une solution de 1/10,000 à 1/20,000. La caféine et le menthol ont une action analogue mais moins intense. (*R. S. M.* III, 78; V, 52; XXV, 117 à 130 et 477 à 485; XXVI, 68 à 71, 289, 518, 519 et 746; XXVII,56, 64 et 315.) J. B.

A case of sudden pulmonary congestion relieved by aspiration of the aorta (Congestion pulmonaire; ponction aspiratrice de l'aorte), par J. DACRE (*Bristol med. chir. journal, septembre* 1885).

Chez un malade pris de congestion pulmonaire grave et au dernier degré de l'asphyxie, l'auteur se décida, après insuccès de tout traitement, à faire la ponction de l'oreillette droite. L'aiguille aspiratrice fut enfoncée dans le quatrième espace intercostal droit, sur le bord du sternum. On retira 30 onces de sang. Pas d'hémorragie consécutive. Soulagement marqué, la respiration se rétablit, et le malade put parler. L'amélioration ne se maintint pas longtemps.

A l'autopsie, on constata que l'aiguille avait pénétré dans la partie antérieure de l'aorte, un quart de pouce au-dessus de l'orifice valvulaire. A. C.

I. — De l'adénite péri-utérine chronique en petits noyaux, et de son traitement thermal, par TILLOT (*Annales d'hydrologie, t. XXX*).

II. — De l'action des eaux de Saint-Sauveur dans les affections utéro-vaginales arthritiques, par SABAIL (*Ibidem, t. XXX*).

III. — De la douche locale, par TILLOT (*Ibidem, t. XXVIII*).

IV. — De l'action utérine des eaux de Saint-Sauveur, par CAULET (*Ibidem, t. XXIX*).

V. — Du traitement thermal sulfuré des phlegmasies péri-utérines, par CAULET (*Ibidem, t. XXIX*).

L'adéno-lymphite péri-utérine est souvent méconnue. La variété étudiée par Tillot, dans huit observations, sous le nom de péri-adénite en petits noyaux, siège le plus souvent au niveau de l'isthme du col utérin, au-dessus du trou obturateur, derrière le pubis, sur les parties postérieure et latérale de l'utérus. Elle est simple ou multiple, c'est-à-dire faite d'une ou plusieurs tuméfactions, avec ou sans lymphangite, le tout plus ou moins dur et résistant, douloureux ou indolent. La douleur a les caractères d'une douleur névralgique et se révèle au toucher par une douleur spéciale.

Dans la station debout ou assise, les douleurs sont rapportées à une profondeur plus ou moins grande du bassin. Des troubles symptomatiques du côté de la vessie et des irradiations nerveuses s'y joignent.

Toutes les lésions que peut entraîner le catarrhe utérin se présentent en même temps. L'utérus cependant n'est pas immobilisé comme dans la péri-métrite. La nature des phénomènes serait pour Martineau en rapport avec l'état constitutionnel : ganglions volumineux et indolores dans le lymphisme, etc., petits et douloureux dans l'arthritisme. La lésion locale qui est son point de départ peut avoir disparu et la péri-adénite persister seule.

La fixité du mal, ses récidives, même sous l'influence cataméniale, la rendent tributaire des eaux thermales. Les sources salines et fortement thermalisées de Luxeuil sont employées principalement en irrigation dans le bain, par le procédé du siphon. Les conditions de cet emploi sont les suivantes : sensibilité atténuée, c'est-à-dire congestion de la partie moindre, température de l'irrigation plus élevée que celle du bain (38 à 40°). Pour Caulet, la péri-métrite est la contre-indication et des douches et des plus simples irrigations à l'eau sulfurée ; mais il emploie la douche ascendante qui, en outre de la constipation qu'elle combat, a encore une action sédative : elle doit être à pression douce, à jet très modéré et même intermittent, en rapport avec la cessation des coliques. Tillot en a surtout reconnu les bons effets dans la péri-métrite due à l'inflammation des ganglions placés dans les culs-de-sac utérins. Il a de même employé les douches lombaires chaudes qui provoqueraient la contractilité vasculaire d'une façon indirecte.

Caulet pose en principe que toute affection utéro-vaginale de nature arthritique contre-indique l'emploi des eaux sulfureuses de Saint-Sauveur. Sabail produit deux intéressantes observations de cas mixtes où le traitement sulfureux a eu le meilleur résultat. SÉNAC-LAGRANGE.

Traitement du rhumatisme noueux par les boues végéto-minérales de Dax, par LAVIELLE (*Ann. d'hydrologie, t. XXX*).

Le traitement du rhumatisme noueux se compose d'une suite interrompue ou non de bains de boues. La température du bain de boues varie de 36 à 45° pendant la durée du bain. La température axillaire monte dans ce temps de 35 à 38°. Le pouls passe de 84 à 112, 116 pulsations. La température du bain n'est évidemment supportée que grâce à une sudation abondante. Une douche fraîche, prise à la sortie du bain, ramène la température à son type normal.

Relativement aux conditions étiologiques et pathologiques de la maladie avec l'état constitutionnel arthritique, l'auteur cite les irrégularités de la menstruation et l'âge critique comme donnant un coup de fouet à la diathèse.

Sur 25 observations, base du travail de l'auteur, les résultats se partagent sous les chefs suivants : amélioration simple, amélioration forte, amélioration très forte. Rentrant dans l'ordre des améliorations simples, les cas où les malades ont vu leur douleur diminuer d'intensité, leurs épanchements articulaires se résorber, les articulations reprendre de la souplesse. L'amélioration a été forte, quand les modifications plus tardives ont été plus complètes et se sont maintenues pendant plus long-

temps. Enfin, l'amélioration a été très forte, quand les déformations articulaires, acquises depuis un temps plus ou moins long, ont seules résisté au traitement, toute autre lésion ayant disparu.

Sept cas rentrent dans le premier ordre d'amélioration; dix, dans le second ; sept, dans le troisième. SÉNAC-LAGRANGE.

I. — De la douche froide sur les pieds et de ses usages, par CAULET (*Ann. d'hyd., t. XXX*).

II. — Note sur l'emploi de la douche froide sur les pieds dans les maladies des voies respiratoires, par BOURGAREL (*Ann. d'hyd., t. XXX*).

Cette douche se prend sur les pieds et les jambes, dans les conditions suivantes : température de 8° à 12° centigrades; pression de 10 millimètres au moins; grosseur du jet.

Après un temps variant de une à trois minutes, les phénomènes et sensations perçus sont : 1° localement : sensibilité simple, puis pénible, enfin « horriblement douloureuse », même quelques secondes après la douche; 2° comme état général : sensation de frisson, pouls petit, filiforme, précipité, frissons véritables, spasme général, etc. Le tout marque la fin de la douche. Quelques minutes après, réaction locale et générale ordinairement en rapport, et persistante de quelques heures à toute une journée, bien-être particulier. C'est l'action de la douche générale, à l'intensité près.

Caulet réserve cette douche principalement pour ceux qui ont habituellement les pieds froids, alors qu'il y a à combattre un état chronique d'hyperémie ou de phlegmasie viscérale. En outre, elle prépare à l'acceptation de la douche froide, dans lés cas où la douche générale est suivie de céphalalgie. Suivent les diverses natures de refroidissement des pieds.

Sur l'appareil utéro-ovarien, la douche froide des pieds a une action anticongestive, de nature vaso-constrictive. Son action révulsive fait qu'elle remplace les pédiluves et demi-bains hyperthermaux dans les maladies des voies respiratoires, chez les femmes prédisposées aux congestions utérines. Par ce mode d'emploi, Boucomont les conseille aux arthritiques sujets aux poussées congestives du poumon.

Dans ces mêmes conditions, Bourgarel n'emploie la douche froide sur les pieds que comme application terminale, succédant à celle de l'eau chaude; elle est ainsi mieux supportée. SÉNAC-LAGRANGE.

Notes sur quelques cas de pleurésie chronique, traités par les eaux du mont Dore, par PERCEPIED (*Ann. d'hydrologie, t. XXX*).

L'auteur spécifie, comme cas, la pleurésie chronique succédant à une pleurésie aiguë, avec ou sans épanchement, et alors avec des exsudats plastiques plus ou moins abondants; et la pleurésie chronique d'emblée, soit avec épanchement, soit sous forme de pleurésie sèche.

Quoi qu'il en soit, quandles moyens artificiels, ponctions et injections médicamenteuses comprises, n'empêchent pas la reproduction du liquide, quand la ponction ne peut être employée, le traitement thermal est indiqué. De même dans la pleurésie sèche cinq observations viennent prouver que divers symptômes que n'a pu modifier une autre médication,

toux persistante, essoufflement rapide, souffle doux, agophonie, résorption de l'épanchement, affirmée par la récupération des vibrations thoraciques et le retour du murmure vésiculaire, la disparition des frottements, etc., disparaissent par le traitement thermal.

A toutes les indications du traitement thermal, dans les cas de pleurésie chronique, on peut ajouter le cas de pleurésie terminée par fistule opératoire. Comme raison de la curation de la pleurésie chronique, on a à enregistrer des effets sudorifiques et diurétiques, des effets toniques aboutissant à ce qu'on est convenu de comprendre sous le nom d'état reconstituant de l'organisme. Il s'y ajoute une excitation locale ayant pour effet d'augmenter la vascularisation des fausses membranes et leur résorption consécutive. SÉNAC-LAGRANGE.

PATHOLOGIE INTERNE ET CLINIQUE MÉDICALE

I. — Mortalité de la pneumonie selon le sexe et l'âge, par WOLFFBERG et DERPMANN (*Berlin. klin. Woch., p.* 692, *octobre* 1884).

II. — Witterung und croupöse Pneumonie (Pneumonie croupale), par A. SEIBERT (*Ibidem, p.* 292, *mai* 1884).

III. — Ætiologische Betrachtungen über das Auftreten, etc. (Étude étiologique de la pneumonie dans la garnison de Posen), par RIEBE (*Vierteljahrsch. für gericht. Med., Band XLI, p.* 126 *et* 330).

IV. — Pneumonie infectieuse, par L. SECRÉTAN (*Revue médic. de la Suisse romande, vol. V, p.* 163).

V. — Ein nicht typischer Fall von Pneumonie (Un cas anormal de pneumonie), par Carl NÄF (*Correspondenz-Blatt für schweizer Aerzte, Band XV,* 15 *février* 1885).

VI. — Faits nouveaux à propos de la théorie infectieuse de la pneumonie, par R. MASSALONGO (de Vérone) (*Arch. gén. de méd., juin et juillet* 1885).

VII. — Zur Farbung der Pneumoniekokken (Coloration du microcoque de la pneumonie), par RIBBERT (*Deutsch. med. Woch., n°* 9, 1885).

VIII. — Le bacille-virgule et sa culture en excavation dans un cas de broncho-pneumonie, par LOBER (*Bull. méd. du Nord, juillet* 1885).

IX. — Beiträge zur Kenntniss der wandernden Pneumonie (Pneumonie migratrice), par KUESSNER (*Deutsch. med. Woch., n°* 7, 1884).

X. — Beitrag zur Kenntniss vom epidemischen Auftreten der Pneumonia biliosa (Épidémie de pneumonie bilieuse), par H.-A. JANSSEN (*Deutsch. Arch. für klin. Med., Band XXV, Heft* 3 *et* 4).

XI. — A case of relapsing or intermittent Pneumonia (Pneumonie intermittente ou à rechutes), par Andrew CLARKE (*Brit. med., p.* 1225, 20 *décembre* 1884).

XII. — Der sogenannte Pneumotyphus, par E. WAGNER (*Deutsch. Arch. f. klin. Med., Band XXX Heft* 3 *et* 4, *p.* 191).

XIII. — Caso di pleurita infettiva, par Biagio PERNICE (*Il Morgagni, n°* 5, 1885).

XIV. — Zur Deutung der sogenannten spiral und centralfaden im Sputum (Étude sur la signification des filaments en spirale et des filaments axiles qu'on trouve dans les crachats) par K. PEL (*Zeitsch. f. klin. Med., Band IX, Heft* 1, *p.* 28).

XV. — Beitrag zur Kenntniss der Pneumonia (Contribution à l'étude de la pneumonie), par TALMA (*Zeitschrift für klinische Medicin, Band X, Heft* 4, *p.* 305-325).

I. — La mortalité annuelle moyenne, causée par la pneumonie et rapportée à 10,000 vivants, est de 11,9 pour le sexe masculin, et de 10,3, pour l'autre sexe.

Une fraction très considérable de ces décès pneumoniques (77 sur 180 décès masculins, 76 sur 172 décès féminins) est formée par des enfants au-dessous de 5 ans ; mais il convient d'ajouter que cette rubrique contient aussi les bronchopneumonies si communes à cette période de l'enfance.

Répartie suivant les âges, la mortalité pneumonique se comporte de la façon suivante :

Dans la population mâle, le minimum de décès se trouve entre 10 et 15 ans (0,8 pour 10,000 vivants) ; jusqu'à la 30e année, la mortalité augmente peu ; dans la 4e décade, elle est de 9,4 ; dans la 5e, de 8,3 ; dans la 6e, de 19,3 ; dans la 7e de 31, ; dans la 8e, de 67,1 ; enfin, dans les périodes ultérieures, de 92,1 sur 10,000 vivants des âges correspondants.

Dans les deux sexes, la mortalité pneumonique est très faible de 5 à 20 ans (1 à 4 décès annuels). Dans la population féminine, le minimum de décès tombe entre 15 et 20 ans (0,5 pour 10,000 vivants) ; dans la période d'âge précédente, la mortalité est de 2,4 ; entre 20 et 30 ans, elle est de 0,8 ; dans la 4e décade, de 3,4 ; dans la 5e, de 4,7 ; dans la 6e, de 13,7 ; dans la 7e, de 27 ; dans la 8e, de 67,8; enfin, dans les périodes ultérieures, de 68,0, sur 10,000 vivants des âges correspondants.

II. — En recherchant, pour New York, l'influence des conditions météorologiques, tant sur la pneumonie que sur les catarrhes respiratoires, Seibert était arrivé aux résultats suivants, basés sur 600 cas de pneumonie et 2,500 de catarrhes observés en trois ans chez des enfants.

Le développement de la pneumonie franche est considérablement favorisé par certains facteurs météorologiques, les mêmes qui favorisent le développement des catarrhes de la muqueuse aérienne. C'est l'apparition brusque et la durée prolongée d'un temps à la fois humide et froid qui a la principale influence.

Dans le travail actuel, Seibert s'efforce de montrer que le fait est également vrai en Allemagne, où l'opinion la plus générale consiste, au contraire, à admettre que le froid sec joue seul un rôle. Pour faire cette démonstration, Seibert oppose à Köhnhorn (*R. S. M.*, XX,523), à Port (*Archiv für hygiene I*) et à Keller (*R. S. M.*, XXIV, 760) leurs propres chiffres autrement groupés. A tous trois, et à Senft également (*R. S. M.*, XXIV, 746), il reproche la méthode fautive qui a présidé à leurs études.

III. — Les conclusions de Riebe sont dressées d'après 65 cas de pneumonie, observés de 1873 à 1881 dans la garnison de Posen.

Relativement à l'apparition de la pneumonie, on ne peut rendre isolément responsables ni les casernements, ni la température, ni la pression atmosphérique, ni la fraction hygrométrique. Il est cependant bien manifeste que cette affection survient de préférence toujours au printemps, quelle que soit la situation géographique des lieux d'obervation ; qu'en outre, elle atteint surtout les recrues.

Comme les années humides semblent présenter moins de pneumonies, Riebe se rallie à l'idée d'un miasme tellurique qui expliquerait pourquoi les champs de manœuvres étant différents, tel ou tel corps de la garnison est plus exposé aux atteintes de la maladie.

IV. — Secrétan a observé deux faits qui lui paraissent indubitablement des exemples de contagion hospitalière de la pneumonie.

Deux malades, l'un, un homme de 69 ans, atteint de pleurésie exsudative droite, entré depuis six jours; l'autre un tuberculeux, entré depuis vingt-trois jours, ont été pris de pneumonie fibrineuse du lobe inférieur gauche, mortelle et vérifiée à l'autopsie ; cela au mois de juin et sans être sortis de leur lit. La seule cause qu'on puisse invoquer est l'admission dans le lit voisin, immédiat ou médiat, de deux pneumoniques dont les crachats restaient déposés sur la table de nuit et n'étaient jetés qu'après la visite du matin. Dans les deux cas, l'incubation a été de très courte durée, car elle a oscillé entre six jours au maximum et deux au minimum.

V. — Fait remarquable par la longueur de la période latente des signes physiques et la persistance des symptômes cérébraux qui n'ont cédé qu'au bout de dix jours. Aussi, revenant sur son premier diagnostic de pneumonie, Naef, vu la prolongation des vomissements et les grincements de dents, l'état soporeux et typhoïde, la raideur du cou, la fièvre insignifiante et l'absence de gêne respiratoire, en était venu à admettre l'existence d'une méningite tuberculeuse, lorsque, le 9e jour, se font entendre à la base du poumon droit les premiers râles crépitants, en même temps que la fièvre augmentait brusquement. La résolution de cette pneumonie qui fut bénigne était terminée dans le temps normal, en un septénaire. J. B.

VI. — L'auteur a observé à Tregnago, qui compte à peu près 2,000 habitants, une épidémie de pneumonie qui fit 30 victimes sur 100 malades atteints. Les premiers cas, très nombreux et très graves, se développèrent autour d'un vieil étang dont l'eau verdâtre dégage une odeur nauséabonde quand elle est remuée. Le foyer s'étendit rapidement : la maladie atteignait successivement les sujets voisins de porte en porte. Le refroidissement n'eut aucune influence, et des malades couchés pour des affections anciennes et chroniques furent pris de pneumonie dans leur lit. Les prodromes étaient longs, durant de 2 à 4 jours, les frissons peu intenses et répétés. Les phénomènes ataxo-adynamiques étaient prédominants, la température n'ayant cependant jamais dépassé 40°,7; mais la courbe thermique rappelant les premiers jours celle de la fièvre typhoïde. Une particularité intéressante, c'est que cette épidémie fut accompagnée de plusieurs cas de fièvre, à température élevée, qui, chez trois malades, durèrent 15 jours, sans que se manifestassent des localisations pulmonaires.

Chez la plupart des sujets atteints de pneumonie, on observa de la diarrhée et du météorisme, de la tuméfaction de la rate. La pneumonie était le plus souvent double. La période d'hépatisation durait en moyenne de 7 à 9 jours, mais la résolution ne fut jamais franche. Comme complication ou plutôt comme détermination de la maladie, Massalongo a ob-

servé de l'albuminurie, des arthropathies aiguës uniques ou multiples (4 fois), de la méningite (2 fois), pendant la convalescence, des phénomènes parétiques et paralytiques ; de plus, deux malades moururent subitement pendant la convalescence, probablement de syncope. Après la mort, la putréfaction était rapide. Les crachats de tous les malades contenaient des micro-organismes spécifiques. Toutes ces particularités plaident en faveur de la nature infectieuse de cette pneumonie épidémique, et cette opinion est corroborée par des faits de contagion indéniables.

P. MERKLEN.

VII. — L'auteur propose une méthode pour la coloration des capsules des pneumonococci. Ces capsules sont constituées par la mucine ; aussi l'auteur leur a-t-il appliqué un procédé qui a permis à Ehrlich de colorer cette substance. On met les préparations en contact avec le liquide suivant : eau 100 parties, alcool 50, vinaigre 12 1/2 ; saturé par le dahlia ; puis on lave immédiatement dans l'eau. On obtient une teinte bleu violet, qui se conserve dans la glycérine, ou le baume de Canada. Les cocci sont bleu foncé, et leurs enveloppes, bleu clair.

Il est important que le contact de la matière colorante soit très court, si l'on veut éviter que les capsules ne prennent le même teinte que les cocci, bleu foncé.

La méthode ne peut être utilisée pour les coupes. L. GALLIARD.

VIII. — Lober, en faisant des cultures de sérosité pulmonaire prise pendant la vie chez un malade atteint de broncho-pneumonie pseudo-lobaire, a obtenu des bacilles en virgule, qui semblent être inoffensifs, car des inoculations faites dans les poumons de trois cobayes n'ont amené aucun trouble pathologique. Il a observé de plus que ses cultures faites dans la gélatine ont la forme, excavé eet conique avec ramollissement de la gélatine, indiquée par Koch comme spéciale au bacille cholérique. Ce signe n'a donc pas la valeur que suppose l'auteur allemand. H. L.

IX. — L'auteur donne trois observations de pneumonie migratrice. Voici la plus intéressante :

Un sujet de 50 ans a contracté, au mois de novembre 1881, une pneumonie du lobe inférieur gauche ; cette affection a évalué normalement, sans incident ; il n'en a persisté aucune trace. Au mois de février 1882, phlébite variqueuse, guérison.

C'est le 14 mars que débute la pneumonie observée par l'auteur : frisson violent, fièvre, 39°. Dyspnée, point de côté à droite, puis crachats caractéristiques, infiltration du lobe moyen droit et d'une partie du lobe supérieur. Sulfate de quinine 0gr,50.

Le 10e jour, défervescence et signes d'affaiblissement très prononcé du cœur, avec tendance au collapsus ; subdelirium ; sueurs profuses. Cet état dure deux jours, puis les phénomènes graves disparaissent.

Le 16e jour, l'expectoration, qui a cessé depuis plusieurs jours, recommence, d'abord purement catarrhale, puis mêlée de stries sanguines ; à ce moment le lobe moyen paraît presque dégagé.

C'est seulement le 20e jour qu'on découvre l'infiltration nouvelle du lobe supérieur ; les signes sont localisés en avant. Le 29e jour les symptômes se manifestent également en arrière et les crachats changent de caractère : ils sont rouillés. Pendant une semaine, faiblesse, collapsus, tendance aux syncopes.

A partir du 32e jour, expectoration catarrhale abondante ; le 36e jour les crachats reprennent une couleur rouge, gelée de groseille. A ce moment les

signes physiques disparaissent en avant, mais en arrière ils persistent jusqu'au 50e jour. Le cœur reprend son énergie primitive.

A la fin du second mois seulement le sujet peut se lever. Le convalescence est lente. Il ne persiste dans les poumons aucune modification appréciable à l'auscultation. L. GALLIARD.

X. — L'auteur a observé une épidémie de pneumonie bilieuse dans la garnison de Helder [(Hollande) (15 cas)].

Les prodromes ont été constants. Ils consistaient dans de la céphalalgie, des vertiges, de l'affaissement, des douleurs dans la région lombaire et dans les membres, comme cela se voit au début des maladies infectieuses.

Le frisson initial a manqué le plus souvent, ou bien s'est montré très faible.

L'herpès labial n'a pas été constaté. Les phénomènes nerveux étaient accentués; si bien qu'on pouvait parfois penser au début d'une fièvre typhoïde.

L'ictère s'est produit 6 fois sur 11 cas; il était peu intense, et consistait surtout dans la teinte jaune des conjonctives. Une seule fois les urines avaient la réaction chimique du pigment biliaire.

Plusieurs jours se sont toujours passés avant que l'infiltration pneumonique se soit révélée par des signes physiques. La pneumonie siégeait tantôt à gauche, tantôt à droite. Dans quelques cas, il y avait deux foyers; parfois la pneumonie était ambulante. Dans un cas, elle présentait une tendance manifeste à la suppuration.

Il y avait un remarquable défaut de rapport entre la fréquence des mouvements respiratoires et l'étendue des lésions, puisque c'est précisément lorsque les foyers pneumoniques étaient le moins développés que la respiration était la plus accélérée.

L'augmentation du volume de la rate a été constante; une fois même on pouvait reconnaître cet organe par la palpation.

L'albuminurie n'a manqué que dans un seul cas.

Les courbes thermiques sont irrégulières; souvent elles sont interrompues par des rémissions, suivies de nouvelles ascensions.

La durée de la maladie a toujours été plus grande que dans la pneumonie fibrineuse franche. La convalescence était traînante, prolongée. La durée de la maladie paraissait en rapport avec la marche migratrice de la lésion pulmonaire.

De ces particularités l'auteur conclut : 1° que la pneumonie bilieuse et le pneumotyphus sont des maladies identiques; 2° que dans la pneumonie bilieuse l'ictère n'est pas la cause de l'asthénie; il est au contraire la conséquence de l'infection; 3° que la pneumonie bilieuse et le pneumotyphus sont causés par un même virus. ALBERT MATHIEU.

XI. — Homme de 82 ans, ayant eu, en 1877, une attaque de pneumonie analogue à celle qui va être décrite.

Le début de l'affection remonte à un refroidissement. Bientôt, signes d'embarras gastrique, teint subictérique, urines chargées d'urates et colorées, langue sale, anorexie; à l'auscultation, on ne trouve rien que de la faiblesse du murmure vésiculaire vers la base du poumon droit. Céphalée, apparence typhoïde. Un léger purgatif est administré.

Le lendemain, 26 mars, frisson, sensation de grande faiblesse; mêmes signes stéthoscopiques; plus, du retentissement de la voix en arrière (sinapisation, sulfate de quinine 0gr,10 toutes les deux heures).

Nouveau frisson le 27 mars, avec persistance de l'état général sans aggravation (même traitement). 3e frisson, le 28; cette fois, état général mauvais, langue sèche, sensation de faiblesse extrême, pouls à 104, dépressible ; urines bourbeuses, sans albumine. A l'auscultation, matité en arrière du poumon droit, souffle voilé lointain, résonance vocale exagérée : peu de dyspnée, toux nulle. Prescription : 1/2 once de brandy, limonade citrique, 25 centigrammes de quinine 3 fois par jour.

Amélioration très notable les 29 et 30 mars, pouls 84, respiration 28, retour de l'appétit : mais le 31, nouveau frisson, accompagné d'une aggravation sensible. Langue sèche, tympanite abdominale, urines rares et épaisses : symptômes d'hépatisation de la base.

Le 1er avril, le malade se sent mieux et sa langue redevient humide, les urines sont plus abondantes et toujours libres d'albumine, sans modification dans l'état du poumon. Continuation de la quinine à la dose de 60 à 70 centigrammes dans les 24 heures. L'amélioration persiste, et s'accentue le 2; mais, le 3, un frisson se reproduit, et, comme les fois précédentes, l'hépatisation pulmonaire s'accuse davantage; elle remonte jusqu'à la partie supérieure du poumon droit. Augmentation de la quantité d'alcool et de quinine : acétate d'ammoniaque. Malgré l'extension des signes physiques, la dyspnée reste modérée, et la chaleur médiocre sauf au moment des frissons.

Cet état se maintient, les frissons revenant à peu près tous les deux jours, du 4 au 10 avril. A cette date, la situation est des plus graves : le malade a des frissons quotidiens qui reviennent à midi, et, chaque fois, l'état local du poumon empire ; le poumon gauche se prend à son tour, et le malade a un peu de délire. Cependant, à partir de ce moment, sans modification dans le traitement, les frissons cessent et le poumon droit se remplit de râles qui succèdent au souffle d'hépatisation. Bientôt le poumon gauche à son tour se congestionne et simultanément les signes généraux de l'état typhoïdique disparaissent.

Cependant ce n'était pas là une réelle convalescence, car, le 14 avril, à l'heure habituelle du frisson, le malade se sent tout d'un coup défaillant; la bouche se sèche, les extrémités deviennent froides; le pouls, petit et irrégulier; la face, livide et altérée : c'est en un mot le tableau de l'algidité. Grâce à de l'alcool à haute dose, la réaction se produit et l'accès pernicieux prend fin : on constate une nouvelle hépatisation du poumon gauche vers son lobe supérieur. Pour la première fois, les urines sont légèrement albumineuses. Alcool et strychnine, 5 gouttes de teinture 3 fois par jour.

Cette crise fut la dernière : la maladie entra en résolution et, le 17, le malade était franchement en convalescence : malgré de petites rechutes, qui le conduisirent jusqu'aux premiers jours de mai, la guérison fut complète.

L'auteur fait suivre cette curieuse observation de quelques réflexions. Il discute l'influence de la malaria qui reste douteuse, de la goutte qui serait peut-être possible, et il conclut en faveur de poussées plutôt congestives qu'inflammatoires, de véritables fluxions de poitrine à répétition. Il insiste sur la nécessité, en pareil cas, de faire fonctionner énergiquement la peau et le tube digestif, et de soutenir les forces nerveuses du malade par des excitants diffusibles. H. R.

XII. — L'auteur rapporte et compare un certain nombre d'observations dont la classification pathologique présente de grandes difficultés. S'agit-il de pneumonie avec phénomènes typhoïdes, ou de fièvre typhoïde avec phénomènes pneumoniques ?

Les faits en question sont divisés par lui en 3 catégories.

Dans la 1re, il semble qu'il s'agisse de la fièvre typhoïde et que les manifestations pulmonaires à forme pneumonique surviennent seu-

lement au bout de plusieurs jours, ou même d'une semaine entière. Il y a peu de toux, l'expectoration caractéristique a pu ne se montrer que vers le 14e jour. Les phénomènes qui pourraient permettre de diagnostiquer la fièvre typhoïde ont fait défaut (météorisme, taches rosées lenticulaires, diarrhée, augmentation de volume de la rate). La maladie a duré de 2 à 3 semaines.

Dans une 2e catégorie se rangent les cas où à des signes de pneumonie se joignent, au bout de quelques jours, les phénomènes habituels de la fièvre typhoïde avec détermination intestinale peu marquée ou au contraire accentuée.

Enfin, dans une 3e série peuvent prendre place les faits suivants : le début est tantôt celui d'une pneumonie, tantôt celui du typhus abdominal. Quoi qu'il en soit, les manifestations des deux ordres évoluent simultanément, avec ou sans prédominance de la pneumonie ou de la fièvre typhoïde.

Ce travail se termine par quelques exemples de pneumonie de famille. Trois sœurs, demeurant ensemble, sont simultanément atteintes ; un jeune homme, à la suite d'un bain froid pendant lequel il avait failli se noyer, est pris de pneumonie, mais son frère est atteint presque en même temps de la même maladie. Une jeune fille, domestique, entre à l'hôpital avec une pneumonie que E. Wagner considère comme un pneumo-typhus. A la même époque sa patronne était atteinte d'un typhus abdominal anormal auquel elle succomba. Un chien qu'elle possédait meurt d'une pneumonie fibrineuse reconnue à l'autopsie. Le Dr T., auquel ce chien appartenait quelques jours encore avant sa pneumonie, présente de la broncho-pneumonie des deux bases du poumon. Enfin, le fils du Dr T. est pris de fièvre typhoïde environ un mois après. A. MATHIEU.

XIII. — L'auteur rapporte un cas de pleurésie infectieuse, développée d'une manière insidieuse chez un jeune homme de 19 ans, et suivie de mort. En prenant pendant la vie du liquide dans la cavité pleurale, on a trouvé des micrococci disposés en chaînette, ou réunis quelquefois deux par deux (diplococci), rarement isolés. Ils ressemblaient à ceux décrits par Cornil dans le phlegmon cutané et par Laussedat dans la pleurésie infectieuse. Pernice a injecté de ce liquide à des lapins, soit dans la cavité abdominale, soit dans le thorax, soit dans l'œil ; il a rendu ces animaux malades, et il a observé tantôt de la péritonite, de la pleurésie, de la pneumonie croupale et de l'endocardite suppurée, tantôt (dans l'œil) de simples accidents locaux. Le micrococcus en chaînette a été retrouvé chez les animaux inoculés.

En inoculant à des lapins des exsudats séreux ou purulents d'autres malades atteints de pleurésie, mais dont les exsudats ne renfermaient pas de microbes, l'auteur n'a rien obtenu.

De ces expériences, Pernice pense que le microbe qu'il a observé est le micrococcus pathogène de la pleurésie infectieuse ; mais il n'ose l'affirmer, parce que ce micrococcus ressemble à celui de la péritonite purulente puerpérale, et parce qu'il diffère légèrement de celui qu'il a trouvé dans le poumon des lapins auxquels il avait inoculé l'exsudat pleurétique. F. H.

XIV. — Bien qu'il y ait déjà quatorze ans que Leyden ait signalé la présence, dans les crachats, de filaments en spirale, renfermant à leur

centre un filament d'axe, il règne encore, relativement à ces productions, bien des obscurités. Pel[1], ayant eu occasion de les rencontrer chez deux malades, a recherché leur mode d'origine, leur constitution chimique, enfin leur signification pathologique.

Les deux malades observés par l'auteur étaient tous deux atteints de pneumonie, maladie où les filaments en spirale ne se rencontrent pas d'ordinaire. Chez l'un d'eux ces filaments disparurent sitôt que les crachats perdirent l'aspect pneumonique; les cristaux décrits également par Leyden persistèrent encore quelques jours. Pendant la convalescence, il survint plusieurs accès d'asthme sans qu'on vit reparaître ni les cristaux ni les filaments. L'autre malade mourut au quatorzième jour de sa pneumonie; chez lui on ne trouva les filaments que dans la portion des bronches qui correspondait au lobe du poumon infiltré. Malgré toutes ses recherches, Pel n'a pu trouver, ni dans d'autres pneumonies, ni chez des asthmatiques, de nouvelles observations de filaments en spirale. Le siège des filaments en spirale dans les bronches semble indiquer une origine fibrineuse. Ces filiments résistent assez bien aux acides minéraux ; ils ne disparaissent qu'en très faible partie dans l'acide acétique et l'acide formique étendus. De plus, ils sont solubles dans la potasse et la baryte. Ils doivent donc renfermer une forte proportion de mucus. Peut-être cette gomme animale, récemment découverte par Landwehr, joue-t-elle aussi un rôle dans leur constitution.

Leur forme en spirale résulte probablement de la compression que subit la matière peu résistante qui constitue les filaments en s'engageant dans les bronches sous l'influence des cils vibratils, des contractions des muscles bronchiques et des mouvements respiratoires. La progression étant difficile, le filament décrit un mouvement de spirale. La présence du filament central doit être attribuée, en partie, à une illusion d'optique, en partie à une véritable condensation des parties profondes du filament. Au microscope, ces parties profondes semblent formées d'une substance hyaline.

La signification pathologique est jusqu'ici fort obscure. Il n'y a pas de relation nette entre les filaments et les accès d'asthme ; on a vu que, contrairement à l'opinion ordinairement admise, on pouvait les rencontrer dans la pneumonie.

XV. — Talma rapporte deux observations de pneumonies compliquées, l'une d'emphysème interstitiel et sous-cutané, l'autre de pneumo-thorax.

Dans ces deux observations la perforation parut due à une nécrose par coagulation du tissu pulmonaire. Chez le premier malade cette hypothèse fut vérifiée par l'examen histologique des alvéoles enflammées. La pneumonie offrait cette forme anatomique décrite par Buhl sous le nom de pneumonie desquamative; l'emphysème sous-cutané remontait jusqu'au cou.

Le malade atteint de pneumo-thorax guérit après avoir subi la thoracentèse. L'entrée de l'air dans la plèvre ne détermina jamais d'épanchement appréciable, ce qu'on peut expliquer par la filtration qui se faisait à travers le tissu pulmonaire. DEBOVE.

I. — **Zur Pathologie und Therapie des Lungenœdems** (De l'œdème pulmonaire), par H. SAHLI (*Arch. für exper. Path. u. Pharmak., Band XIX, Heft* 6, *p.* 433, 1885).

II. — **Contribution à l'étude anatomo-pathologique de la dilatation des bronches**, par V. HANOT et A. GILBERT (*Arch. de physiol.*, 15 *août* 1884).

III. — **Die Schicksale atelektatischer Lungenabschnitte** (Ce que deviennent les parties de poumon atteintes d'atélectasie, par Arnold HELLER (*Deutsch. Arch. f. klin. Med., Band XXXVI, Heft* 3 *et* 4, *p.* 189, 1885).

IV. — **Ueber primäre interstitielle Pneumonie**, par HEITLER (*Soc. des méd. de Vienne*, 31 *octobre* 1884).

V. — **Ueber das Vorkommen von Sarcine im Mund und Lungen** (Présence des sarcines dans la bouche et les poumons), par H. FISCHER (*Deutsch. Arch. f. klin. Med., Band XXXVI, Heft* 3 *et* 4, *p.* 344).

VI. — **Sur la forme bénigne de l'embolie pulmonaire**, par BOUILLY (*Revue de clinique médico-chirurg., janvier* 1885).

I. — L'auteur commence par rappeler qu'en 1878, Welch a fondé sur certains résultats expérimentaux une théorie de l'œdème pulmonaire, qui consiste à attribuer celui-ci à une insuffisance cardiaque, qui frappe exclusivement le ventricule gauche. Le ventricule droit continuant à se contracter avec une grande énergie, il résulte de là une stase sanguine dans les poumons ; de là l'œdème.

Sahli a répété sur des lapins et sur des chiens les expériences de Welch, lesquelles consistaient à étudier l'influence qu'exercent sur le développement pulmonaire l'oblitération ou le simple retrécissement de l'aorte, la compression de l'oreillette gauche et à mesurer la pression sanguine dans le système artériel de la grande ou de la petite circulation.

Sahli a dépouillé, d'autre part, les procès-verbaux des autopsies faites dans le service de Lichtheim, pour rechercher les relations qui existent entre l'œdème pulmonaire et les divers processus inflammatoires de même localisation. Enfin sur des lapins il a étudié l'influence que les émissions sanguines exercent sur l'œdème pulmonaire.

Les résultats de ces recherches, qui, en ce qui concerne la partie expérimentale, diffèrent notablement de ceux qu'avait obtenus Welch, ont été résumés par l'auteur dans les propositions suivantes :

1° L'œdème pulmonaire ne se développe jamais suivant le mécanisme invoqué par Welch ;

2° Dans le plus grand nombre des cas, l'œdème pulmonaire chez l'homme n'est pas un œdème par stase sanguine, mais il se rattache à l'œdème néphritique ou cachectique, avec lequel il entretient des rapports très étroits ;

3° Chez les cardiaques, il survient quelquefois, mais rarement, un œdème par stase sanguine, dû à la régurgitation du sang du ventricule gauche (coexistence d'une insuffisance mitrale et d'une insuffisance aortique, dilatation aiguë du ventricule gauche et aggravation aiguë de l'insuffisance mitrale ; reflux d'une grande quantité de sang de l'aorte dans le ventricule gauche de ce dernier dans les poumons) ;

4° Les émissions sanguines (phlébotomie) pratiquées dans un but thérapeutique sont aussi efficaces que rationnelles dans les cas d'œdème par

stase; selon toute vraisemblance leur efficacité s'étend aux autres formes d'œdème pulmonaire.

Enfin deux expériences de Sahli concourent à démontrer, ce que l'on savait déjà, que la transfusion du sang est contre-indiquée quand il existe de l'œdème pulmonaire, ou quand le trouble circulatoire est imminent.

II. —La paroi des bronches dilatées est essentiellement formée de cellules embryonnaires et de capillaires ectasiés.

Les capillaires sont innombrables, allongés, flexueux et serpentins. La plupart sont uniformément dilatés; quelques-uns sont semés d'anévrismes ampullaires, circonférentiels ou latéraux, isolés ou moniliformes. Leur diamètre, considérablement accru, oscille ordinairement autour de 60, 80 ou 100 μ, atteint fréquemment 150 ou 200 μ et peut même dépasser 300 μ. Ils arrivent fréquemment jusqu'au contact immédiat de l'épithélium bronchique qui paraît ainsi s'implanter sur leur mince tunique; parfois même, ils le soulèvent ou le détachent, et font dans la cavité bronchectasique une saillie appréciable.

Cette vascularisation extrême est une des conséquences ultimes de l'inflammation chronique des bronches que l'on considère aujourd'hui comme la cause première de la bronchectasie.

D'après Hanot et Gilbert elle permet de concevoir le mécanisme pathogénique des hémoptysies bronchectasiques. Ce mécanisme serait, en somme, comparable à celui des hémoptysies tuberculeuses dans les cavernes: celles-ci résultent de la rupture d'anévrismes artériels; celles-là, de la rupture d'anévrismes capillaires.

III. — Les régions du poumon atélectasiées, qui ne sont pas revenues spontanément à l'état normal, subissent dans quelques cas, sinon dans tous, des modifications qui ont pour résultat d'oblitérer leur partie alvéolaire, et d'exagérer au contraire leur partie bronchique. Il se fait ainsi de la bronchectasie.

Cette bronchectasie secondaire, d'origine atélectasique, peut être ainsi l'aboutissant de diverses lésions: pneumonie catarrhale, gangrène pulmonaire. L'hypertrophie (cirrhotique) des parois bronchiques donne lieu à la formation de véritables tumeurs. Il est possible que des enfants venus au monde faibles présentent des points atélectasiés qui plus tard évoluent de la même façon et donnent lieu à des cicatrices de même ordre, à de la dilatation concomitante des bronches. A. MATHIEU.

IV. — La pneumonie interstitielle primitive, idiopathique n'est pas une affection fréquente. Heitler propose de l'appeler pneumonie parenchymateuse primitive; elle se présente sous trois formes: aiguë, subaiguë et chronique. C'est surtout de la forme subaiguë que l'auteur s'occupe ici, d'après cinq observations personnelles.

La lésion siège en général au sommet; le poumon est dur, résistant, se laisse déprimer, mais non pas déchirer; à la coupe, il est lisse, grisâtre, quelquefois marbré, traversé par de larges tractus fibreux aboutissant à la plèvre. Dans le parenchyme on trouve de petits foyers friables caséeux qui se transforment en cavernules à contenu liquide jaune ou brunâtre, limitées par le tissu pulmonaire induré ou par une membrane propre. La plèvre offre une épaisseur de 5 à 10 millimètres au niveau du foyer pneumonique. Au microscope, on voit le processus in-

flammatoire atteindre partout le tissu conjonctif dans les parois alvéolaires, autour des bronches et des vaisseaux; les alvéoles sont remplies de grosses cellules rondes ou polyédriques, rarement de globules sanguins et de fibrine.

Les sujets observés par l'auteur offraient en même temps des lésions diverses : emphysème, dilatations bronchiques, adhérence de l'aorte, dans un cas il y avait au sommet gauche des nodules caséeux entourés de tissu cicatriciel. On pouvait considérer comme altérations secondaires et consécutives la néphrite, la pleurésie, la péricardite, la péritonite qui accompagnaient la pneumonie. Dans un cas il y avait une éruption de tubercules récents dans la plèvre et dans l'intestin.

L'âge des sujets était 22, 26, 31, 57 et 62 ans ; chez eux pas de syphilis, pas d'alcoolisme, pas de paludisme.

Il faut se garder de considérer la pneumonie interstitielle comme le résultat de la pneumonie croupale devenue chronique, bien que la transformation ait été admise longtemps par les auteurs. Elle n'est pas davantage la conséquence d'une pleurésie. Elle constitue bien réellement une affection idiopathique.

La forme subaiguë évolue cliniquement de la façon suivante : au début, fièvre modérée, points de côté, toux et dyspnée; expectoration muqueuse, quelquefois nulle. Ces phénomènes étant généralement peu intenses, ce n'est guère qu'au bout de quinze jours que les sujets se présentent à l'hôpital. On trouve alors de la matité, du souffle bronchique avec quelques râles secs. Le processus est fort lent, les signes physiques varient peu ; au bout de plusieurs semaines on constate enfin les symptômes des cavernules. Dans deux cas, l'auteur a constaté vers le 40e jour la rétraction de la paroi thoracique. L'expectoration devient abondante, elle est muco-purulente ou purulente et fétide. La fièvre persiste (38° à 39°). Dans les cinq observations, la durée a été deux fois de cinquante jours, une fois de deux mois, une fois de six mois, une fois de dix mois. La mort est survenue après putréfaction des cavernes, accidents infectieux et anasarque. Mais l'auteur croit la guérison possible : il croit qu'on pourrait attribuer à la pneumonie interstitielle certains faits de pneumonie croupale à tendance chronique et certaines cavernes soi-disant tuberculeuses qui aboutissent à la cicatrisation.

Bien que le processus reste en général très limité, le diagnostic est difficile : il faut rechercher constamment dans les crachats le bacille de Koch. L. GALLIARD.

V. — L'auteur a rencontré fréquemment des sarcines dans les produits d'expectoration de malades atteints d'affections pulmonaires différentes les unes des autres. Ces sarcines sont plus petites que celles de l'estomac; elles se colorent aussi d'une façon différente. Elles peuvent se rencontrer dans la bouche, en dehors de tout état morbide.

La présence de ces parasites dans le poumon serait absolument indifférente, et elles ne paraissent jouer aucun rôle actif dans l'évolution des lésions pulmonaires. On sait qu'on les avait rendus responsables de certaines complications, de la gangrène pulmonaire, par exemple.

Il est vraisemblable que les sarcines sont entraînées de la bouche dans les bronches, peu vraisemblable qu'elles viennent de l'estomac.

A. MATHIEU.

VI.—L'auteur rapporte deux observations, dont la première concerne une femme de 34 ans, primipare à terme, et dont l'accouchement n'avait été marqué que par une hémorragie extrêmement abondante à la suite de la délivrance.

Au bout de quinze jours, la malade fut prise tout à coup dans son lit d'une grande gêne de la respiration, avec anxiété, tendance à la syncope et point de côté vers la partie moyenne du dos à gauche. La dyspnée dura six heures avec la même intensité. Un vésicatoire fut appliqué sur le point douloureux, et les choses s'amendèrent en quelques jours, la malade ayant eu pendant tout le temps une fièvre intense avec gêne très marquée de la respiration.

Dix jours plus tard, les mêmes phénomènes se produisaient de nouveau. Dans le poumon gauche, on entendait quelques râles sibilants; à droite, il y avait des râles semblables au sommet; plus, des râles sous-crépitants accompagnés de submatité à la partie moyenne et inférieure.

Huit jours après, alors que les phénomènes thoraciques et l'état général étaient très améliorés, on constatait au niveau du membre inférieur gauche des signes non équivoques de phlegmatia alba dolens. L'auteur trouve là l'explication des accidents qui s'étaient produits du côté du poumon. Il y avait eu probablement au début une thrombose des veines du petit bassin, puis, à deux ou trois intervalles différents, départ de petits caillots emboliques, qui avaient été portés jusqu'aux extrémités terminales des ramuscules pulmonaires voisins de la plèvre.

La seconde observation se rapporte à une femme de 34 ans, qui venait de faire une fausse couche de quatre mois, accompagnée d'une abondante hémorragie. Il s'était déclaré quelques jours après un gonflement douloureux du creux axillaire droit, empiétant sur le bras et la paroi thoracique, et symptomatique d'une phlébite de la veine axillaire qui formait un cordon dur accessible à la palpation. A la suite de l'ouverture d'une collection purulente qui s'était formée sous le grand pectoral, les phénomènes généraux et locaux s'étaient améliorés, quand tout à coup la malade fut prise d'un point de côté à droite avec dyspnée, toux opiniâtre et sèche et fièvre ardente. La percussion et l'auscultation firent reconnaître une pleurésie avec épanchement occupant le cinquième inférieur de la cavité pleurale. Les vésicatoires et les toniques à l'intérieur finirent par avoir raison de ces accidents.

Bouilly se rappelle encore le cas d'un homme entré à l'hôpital pour une périphlébite variqueuse du membre inférieur gauche et qui fut pris subitement de dyspnée, de toux et de point de côté gauche. Au tiers moyen du poumon du même côté, on découvrit les signes d'une pleurésie sèche qui ne disparut que très lentement et qui paraît s'être développée par un mécanisme analogue à celui invoqué dans les cas précédents. GASTON DECAISNE.

I. — Pneumonic abscess, par Edward-T. WELLS (*Journal of american med. Assoc.*, 19 *décembre* 1885).

II. — On gangrene of the lung (Gangrène du poumon), par Sydney COUPLAND (*Brit. med. Journ.* ,*p.* 427, *septembre* 1885).

I. — Wells retrace d'une façon sommaire l'histoire des abcès pulmonaires survenant au cours de la pneumonie et publie 9 observations personnelles. D'après les faits qu'il a recueillis et ceux qu'il a dépouillés, il croit, contrairement à certains auteurs, que l'abcès siège communément dans le lobe moyen ou le lobe inférieur. Sur 297 cas de pneumonie, il n'a eu que 2 cas terminés par suppuration; les 7 autres observations qu'il cite ont été relevées en consultation avec ses confrères.

Le but de ce travail est de protester contre l'abus qu'on peut faire, dans

ces cas, de l'intervention chirurgicale; il n'y est pas opposé en principe, puisqu'il a lui-même ponctionné des malades, mais il se refuse à regarder l'incision ou la ponction comme la seule méthode de traitement. A. C.

II. — Étude intéressante des conditions pathogéniques de la gangrène pulmonaire, basée sur 38 cas recueillis à l'hôpital de Middlesex. Sur ces 38 cas, on note :

14 fois la gangrène associée à la pneumonie franche;
6, à la pneumonie chronique;
2, à la pleurésie et à la bronchectasie;
3, à l'embolie pulmonaire;
1, à la thrombose pulmonaire;
9, à des cancers propagés;
1, à une hémiplégie cérébrale;
1, à un anévrisme aortique;
1, à la tuberculisation des ganglions bronchiques.

L'auteur étudie ensuite les cas de gangrène qui dépendent d'inhalation de matières putrides, provenant soit des sécrétions bronchiques altérées, soit de produits morbides extrapulmonaires (ulcérations fétides de la bouche, du pharynx, etc.), ou enfin de corps étrangers introduits dans les bronches. H. R.

I. — Sur le spasme inspiratoire, par de RENZI (*Rivista clin. e terap.*, *avril* 1885).

II. — Ueber einen Fall einseitigen klonischen Krämpfe der Inspirationmuskeln (Contractions cloniques unilatérales des muscles inspirateurs), par H. SCHAPIRO (*Zeitsch. für klin. Med.*, *Band VIII*, *Heft* 4, *p.* 368).

I. — La maladie, dont l'auteur a observé trois cas, se caractérise par la contraction spasmodique des muscles, qui détermine la respiration costale ou costo-supérieure; le diaphragme ne prend aucune part à ce spasme. La marche de l'affection est très variable; elle se présente tantôt sous forme d'accès, tantôt avec le type continu; la durée des paroxysmes varie de 5 ou 10 minutes à 4 ou 6 heures.

Elle a toujours éclaté à la suite d'une frayeur intense, soit immédiatement, soit quelques heures ou quelques jours après; l'âge était de 17 à 28 ans, et la maladie ne s'est montrée que chez la femme.

II. — Le malade qui fait le sujet de l'observation de H. Schapiro présentait à chaque inspiration un spasme des muscles thoraciques du côté gauche. Ce spasme était clonique; il durait très peu de temps et n'entraînait pas de vives douleurs. Jamais il n'y eut rien de semblable pour le côté droit. Sur les tracés de la respiration, ce spasme se traduisait nettement par deux ou trois petites oscillations irrégulières placées sur la fin de la ligne de descente inspiratoire.

De l'étude minutieuse du malade il résulte, pour l'auteur, que ce spasme ne peut être attribué qu'à une névrose du centre respiratoire. De là cette conclusion physiologique intéressante que chez l'homme ce centre serait double et que chacune de ces deux portions agirait isolément sur chaque côté de la poitrine. L'observation clinique vient ainsi confirmer les résul-

tats déjà obtenus par Schiff dans ses expériences sur un certain nombre d'animaux. DEBOVE.

I. — Enquête sur la tuberculose (**Société de médecine de Berlin** (*Zeitsch. f. klin. Med., Band VIII, Heft* 6, *p.* 556).

II. — Zur Œtiologie der Phthise, par P. LANGERHANS (*Arch. f. path. Anat. u. Phys., Band XCVII, Heft* 2, *p.* 289).

III. — La tuberculose pulmonaire dans les familles, par LEUDET (*Bull. Acad. de méd.*, 2e *série, t. XIV, n°* 15, 1885). — **Les effets, au point de vue de la propagation de la tuberculose pulmonaire, de l'admission dans les hôpitaux d'individus atteints de cette maladie, par LE MÊME** (*Acad. des Sciences*, 8 *février* 1886).

IV. — De la transmission de la phtisie entre époux, par POTAIN (*Revue de méd., juin* 1885).

V.— Chronische Lungenentzündung, Phthise und Miliartuberculose, (Inflammations pulmonaires chroniques; phtisie et tuberculose miliaire), par Ph. BIEDERT et G. SIGEL (*Arch. f. path. An. u. Phys., Band XCVIII, Heft* 1, *p.* 91).

VI. — On some points in the etiology of phthisis, par Burney YEO (*Brit. med. journ., p.* 772, *avril* 1885).

VII. — Virulence de la tuberculose suivant les humeurs et les tissus des tuberculeux, par CHARRIN et KARTH (*Revue de médecine, août* 1885).

VIII. — Recherches expérimentales sur le bacille de la tuberculose, par E. PILATTE (*Thèse de Montpellier,* 1885).

IX. — A experimental research upon the infectiousness of non bacillary Phthisis (Recherches sur la contagiosité de la phtisie non bacillaire), par L.-H. TRUDEAU (*Americ. journ. of med. sc., octobre* 1885).

X. — Contagion de la phtisie, par ZASETSKY (*Vratch, n°* 47, 1884).

XI. — Études sur le thorax de l'homme tuberculeux, par H. TRUC (*Lyon méd.*, 28 *juin* 1885).

XII. — Ueber die fibröse form der Lungenschwindsucht (Forme fibreuse de la phtisie), par Alf. SOKOLOWSKI (*Deutsch. Arch. f. klin. med., Band XXXVIII, p.* 433).

XIII. — Traumatische Phtisie (Phtisie traumatique), par MENDELSOHN (*Zeitsch., f. kl. Med. X, p.* 108).

I. — En juin 1883, la Société de médecine de Berlin nommait une commission chargée de recueillir des documents relatifs à la tuberculose. Les membres de cette commission ont reçu environ 200 observations ayant trait à l'hérédité, à la contagion, au traitement, à la transformation de la pneumonie en phtisie. Ils rendent compte aujourd'hui des résultats fournis par le dépouillement de ces observations. En voici les conclusions les plus saillantes :

1° *Hérédité de la tuberculose* (Ollendorf). — Sur les 44 observations reçues par Ollendorf, 24 seulement se rapportaient à des faits d'hérédité

bien nets. Plusieurs renfermaient des détailscurieux sur le rôle de la consanguinité, de l'alcoolisme chez les parents, sur les rapports de la scrofule et de la tuberculose, sur la tuberculosehéréditaire. Dans aucun cas, la phtisie ne survint au même âge chez les enfants que chez les parents contaminés, mais il y eut dans quelques cas une remarquable ressemblance dans la maladie.

2° *Contagion de la tuberculose* (Meyerhoff). — Meyerhoff a reçu 40 observations. Dans 23 cas, la contagion avait eu lieu entre époux; 11 fois la maladie avait été transmise du mari à la femme, 12 fois de la femme au mari. La tuberculose se déclara toujours un an au plus après la mort de l'époux malade. Dans 16 cas, c'est en soignant des ndividus phtisiques que les malades avaient contracté leur affection; dans une observation enfin, la maladie avait été transmise par le lait d'une vache tuberculeuse. Il est à noter qu'aucune observation ne se rapporte à des faits de contagion survenus dans des hôpitaux, des casernes, des pensionnats. Il faut enfin noter que les conditions sociales où vivaient les personnes atteintes étaient très variables et n'ont pas semblé exercer d'influence sur la transmission de la maladie.

3° *Guérison de la tuberculose* (Leyden et Fraentzel). — L'enquête faite sur cette question présentait des difficultés spéciales; cependant on a reçu 57 observations où la guérison semble avoir été définitive. Il s'agissait dans 22 cas de tuberculose héréditaire; 34 fois il y avait eu des hémoptysies. La longue durée de la maladie ne semble pas exclure la possibilité de la guérison. Ce n'est que dans 16 observations qu'on a observé une disparition complète des symptômes physiques, mais dans 46 la toux et l'expectoration cessèrent entièrement. Les médications les plus diverses, créosote, quinine, digitale, huile de foie de morue, petit-lait, affusions froides, inhalations ont été suivies. Dans un grand nombre de cas, à ces médications était joint le traitement climatérique.

4° *Transformation de la pneumonie en tuberculose* (Kalischer). — Cette question n'a pu être tranchée nettement, les 14 observations reçues par le rapporteur n'étant pas suffisamment démonstratives.

DEBOVE.

II. — Langerhans est depuis quelque temps à Madère. Il étudie les causes du développement de la phtisie. Il remarque que les habitants de race portugaise, descendants de ceux qui découvrirent l'île en 1419, ne paraissent pas devenir tuberculeux au contact des nombreux phtisiques qui se rendent actuellement à Funchal. Il pense donc que, dans les conditions ordinaires, la contagion de la tuberculose n'est pas aussi redoutable qu'on l'avait pensé à la suite de la découverte du bacille. Il trouve au contraire que l'influence de l'hérédité est bien autrement puissante pour le développement de la maladie. Il rapporte les tableaux généalogiques complets de six familles, tableaux contenant quatre et même cinq générations. Il constate que l'hérédité médiate est presque aussi redoutable que l'hérédité immédiate, et qu'un petit-fils de tuberculeux dont le père et la mère sont restés indemnes a presque autant à craindre que si son père ou sa mère avaient été eux-mêmes atteints de tuberculose. Il pense que les médecins devraient s'opposer de tous leurs efforts

au mariage des tuberculeux. Il remarque en outre que la tuberculose tend à se reproduire chez les descendants sous la même forme que chez les parents et même avec les mêmes complications. Enfin de deux enfants nés l'un avant que l'un de ses parents soit devenu phtisique, l'autre pendant sa maladie, le second n'est pas plus en danger que le premier. Cette remarque peut ainsi rassurer dans une certaine mesure les enfants qui sont nés peu de temps avant la mort de leurs parents phtisiques.

P. GALLOIS.

III. — D'après l'auteur, il y a lieu de diviser à ce point de vue les familles en deux classes :

1° Celles qui n'ont présenté qu'un seul individu atteint de tuberculose ;

2° Celles qui en ont présenté plusieurs.

La tuberculose chez un seul membre d'une famille étudiée pendant plusieurs générations est celle que l'on a dite acquise.

Elle frappe de préférence les individus débilités soit congénitalement, soit par des maladies antérieures, sans que les pneumonies et les bronchites paraissent créer une prédisposition plus marquée.

Quant à la transmission héréditaire de la phtisie, elle existe dans plus de la moitié des cas.

L'hérédité directe des père et mère aux enfants a été constatée dans 82 familles.

L'hérédité transmise du père, de la mère, du grand-père et de la grand-mère, de l'oncle et de la tante aux descendants existait dans 108 familles sur 214. On ne trouvait aucune trace d'hérédité dans 106 familles. La transmission est plus fréquente dans la ligne maternelle. L'hérédité tuberculeuse des deux ascendants augmente les chances de transmission chez le descendant. Il en est de même si un des ascendants tuberculeux est uni à une personne issue d'une famille tuberculeuse.

Dans les familles tuberculeuses, une génération peut être indemne de la maladie, les autres en étant frappées.

La tuberculose pulmonaire constitue quelquefois une sélection morbide qui frappe de mort des familles dégénérées. L'extension de la maladie est préparée chez les ascendants par l'existence de la tuberculose, d'affections cachectiques, paralysie générale, folie, idiotie, etc... Chez les descendants, elle s'explique par la fréquence de la tuberculose osseuse chez les uns, et, chez les autres, par des arrêts de développement, l'idiotie, l'hémophilie, la surdité, les otites internes, les coxalgies, la paralysie infantile. L'alliance d'un conjoint sain avec une personne tuberculeuse diminue les chances de tuberculose chez le descendant, mais ne l'éteint pas.

En ce qui touche la contagion, 53 familles comprenant 415 individus n'ont présenté qu'un tuberculeux ; 88 familles comprenant 1070 individus en ont présenté plusieurs. La contagion n'est donc pas la règle. La contagion maritale est au moins assez rare ; car elle n'a paru possible que dans 7 ménages sur 68.

La marche de la maladie est beaucoup plus lente dans la classe aisée que dans la classe ouvrière. Les pauvres, dont la tuberculose s'arrête, meurent souvent d'affection viscérale dégénérative, consécutive.

L'auteur termine en affirmant la curabilité de la phtisie héréditaire et

de la phtisie acquise. Selon lui, la tuberculose peut guérir à toutes ses périodes. Ce sont les tubercules crus ou ramollis, peu étendus, qui guérissent le plus souvent. GASTON DECAISNE.

— Dans une note statistique portant sur un total de 16,094 malades admis à l'hôpital de Rouen de 1854 à 1885, Leudet a recherché quelle part pouvait être faite dans le développement de la tuberculose, à la contagion du milieu. Sur ces 16,000 malades, 2,813 avaient été admis pour la tuberculose, 17 0/0. En prenant les malades entrés deux ou plusieurs fois, on a un total de 2,628, dont 1,218 n'étaient pas tuberculeux à l'entrée et avaient été admis pour des affections diverses. Sur ces 1,208, on a constaté l'éclosion de 277 cas de tuberculose, soit 22 0/0, chiffre un peu plus élevé que la moyenne des admissions pour tuberculose sur le total général. Leudet croit donc que la propagation par contagion du fait du séjour dans les hôpitaux est fort restreinte.

Les maladies qui ont fourni le plus gros contingent de contagionnés sont :

Dans un 1er groupe, la pleurésie, 73 0/0; la glycosurie, 66 0/0; la fièvre synoque, 23 0/0.

Dans un 2e groupe, la syphilis, 22 0/0; la fièvre typhoïde, 22 0/0; l'érysipèle, 17 0/0; les affections de la moelle, 17 0/0; la variole, 16 0/0.

Dans le 3e groupe, l'alcoolisme, 15 0/0; le paludisme, 14 0/0: la pneumonie, 13 0/0, etc.

Dans le 4e groupe, maladies du tube digestif, 7 0/0; maladies des reins, 5 0/0; du cœur, 4 0/0; bronchite et emphysème, 4 0/0. A. C.

IV. — L'auteur croit à la contagion de la phtisie; la cohabitation rend plus facile l'absorption des particules provenant des crachats desséchés. Il cite l'histoire d'une femme de très bonne santé, contractant une tuberculose à marche rapide, après avoir passé trois ans à soigner son mari mort phtisique. A. C.

V. — D'après Biedert et Sigel, le bacille tuberculeux n'a pas une forme caractéristique. Quant à ses réactions colorées, il est douteux qu'elles permettent d'en faire une variété spécifique de micro-organismes se distinguant nettement de toute autre. Il est certain que l'affection pulmonaire à évolution fatale que l'on appelle phtisie confirmée n'est jamais dépourvue des bacilles de Koch, lesquels dans ce cas fournissent en effet un signe diagnostique de grande valeur. Mais il y a des affections chroniques du poumon, ressemblant à de la phtisie peu avancée, qui se distinguent de celle-ci par l'absence de bacilles. Cette inflammation chronique du poumon précède vraisemblablement d'un temps plus ou moins long le début de la phtisie laquelle se produirait par suite du développement des bacilles sur les régions enflammées. Cette inflammation continuerait à évoluer plus ou moins longtemps à côté de l'affection bacillaire; cette inflammation protège l'organisme contre un envahissement rapide des bacilles, mais elle prépare le terrain pour un envahissement lent et progressif. La tuberculose miliaire aiguë serait due à la pénétration d'un grand nombre de bacilles à la fois dans l'organisme, ce qu'admet déjà Koch, mais sans que la pénétration de ces bacilles ait été précédée du processus inflammatoire. La phtisie n'est donc pas une affection uniquement contagieuse, puisqu'elle nécessite une prédisposition antérieure; la tuberculose miliaire ressemble bien plus à une maladie

infectieuse, elle serait due à la pénétration d'un grand nombre de bacilles dans un poumon sain, ou à l'infection du sang par des bacilles provenant d'un foyer de tuberculose chronique. On pourrait donc empêcher l'apparition de la tuberculose chronique par une hygiène bien entendue qui donnerait à l'homme toute sa force de résistance et par un traitement immédiat de toute affection pulmonaire sur laquelle le bacille pourrait se greffer. P. GALLOIS.

VI. — Les points les plus intéressants de cette communication sont les suivants : Le bacille tuberculeux n'est jamais répandu très abondamment dans l'air, même dans l'atmosphère d'une salle d'hôpital où respirent des phtisiques : d'ailleurs, il ne se développe bien qu'à une température voisine de celle du corps humain, et il ne produit pas de spores diffusibles dans l'air, comme le bacille charbonneux : enfin il met un assez long temps à se développer.

Ces restrictions faites, il est incontestable pourtant que la phtisie peut se transmettre par contagion au moyen de l'air vicié. L'auteur rapporte le fait d'un malade atteint d'anévrisme de l'aorte et d'un papillome du larynx qui venait de temps en temps se faire examiner au laryngoscope dans les salles de l'hôpital de Brompton destinées aux phtisiques, et qui ne tarda pas à être emporté par une phtisie aiguë, en dehors de toute hérédité morbide.

Il signale également le fait d'une jeune fille non prédisposée par ses antécédents, qui habite la chambre où avait succombé une domestique phtisique, et qui devient rapidement tuberculeuse.

Enfin il relève la mortalité suivante parmi le personnel de l'hôpital de Brompton.

Sur 12 médecins résidents, 1 meurt phtisique.

Sur 3 secrétaires, 1 succombe de la poitrine.

Sur 255 infirmières, sœurs et surveillants, 33 quittent l'hôpital avec des symptômes douteux de bronchite, et une meurt tuberculeuse.

Enfin, sur 51 assistants de la clinique, 2 ou 3 deviennent phtisiques.

La conclusion qui ressort de ces chiffres est que l'atmosphère des phtisiques est délétère, et que, par contact immédiat ou par respiration commune, il est dangereux de vivre avec des tuberculeux. H. R.

VII. — Charrin et Karth ont inoculé à des cobayes diverses humeurs et des fragments de tissus recueillis sur des sujets tuberculeux en vue d'étudier la virulence relative de ces éléments. Il résulte de leurs expériences, ainsi que de celles entreprises avant eux, que les crachats occupent la première place au point de vue de la virulence. Bien loin derrière, viennent le pus, l'urine et les liquides épanchés dans les cavités séreuses. Les expériences entreprises par eux à l'aide du sang, du sperme, de la bile, de la sueur et de la lymphe vaccinale ont échoué. Les inoculations faites à l'aide de tissus pathologiques (fausses membranes, poumons, placenta, etc.) leur ont donné également nombre de fois des résultats positifs sans qu'il soit bien possible, d'après leur travail, de préciser le degré de virulence de chacun d'eux. C. GIRAUDEAU.

VIII. — Pilatte s'est surtout servi du sérum de sang de bœuf stérilisé, comme milieu de culture. Ce sérum, enfermé dans des tubes, une fois ensemencé, était porté dans une étuve sèche, sous laquelle on plaçait une simple veilleuse entretenant une température constante. Après sept à

huit jours, un petit point blanc paraissait au point ensemencé et se développait ensuite, jusqu'à la quatrième semaine environ. Pour être bien certain que la pellicule blanchâtre ainsi obtenue était due à la pullulation du bacille de Koch, l'auteur inoculait dans la trachée de jeunes animaux (souris blanches, lapins) le résultat de la culture. L'autopsie démontrait la virulence de ces inoculations faites d'une façon générale avec le résultat de la première génération, parfois avec celle d'une deuxième et même d'une troisième génération.

D'après les expériences de Pilatte, il faut toujours, pour détruire la virulence d'une culture, une dose plus forte du même agent chimique que pour empêcher son développement.

L'hydrogène sulfuré paraît, entre tous, exercer l'action la plus énergique à ce double point de vue.

Quant aux autres antiseptiques expérimentés, voici les conclusions auxquelles est arrivé l'auteur :

L'acide phénique au 1/600 empêche le développement du bacille ; une solution au 1/500 détruit la virulence.

La créosote au 1/100 empêche le développement.

L'acide borique au 1/50 détruit la virulence.

Le sublimé au 1/8000 empêche le développement; au 1/10000 il ne l'empêche pas ; pour détruire la virulence, la concentration doit atteindre le 1/6000.

L'iodure mercurique empêche le développement au 1/41000 et détruit la virulence au 1/35000.

L'eau iodée au 1/17000 empêche le développement du bacille ; la virulence disparaît si on se sert d'une solution au 1/10000.

L'hélénine exerce une action très énergique tant au point de vue de l'arrêt apporté au développement qu'au point de vue de la destruction des propriétés virulentes d'une culture. A. MOSSÉ.

IX. — Les crachats provenant de malades atteints de lésions consomptives pulmonaires, mais ne contenant pas de bacilles, peuvent-ils donner la phtisie ? L'auteur a inoculé à des lapins des crachats de ce genre ; des examens répétés, minutieux, avaient fait constater l'absence de tout bacille. Les inoculations ont toujours été négatives ; des lapins inoculés avec des crachats bacillaires sont par contre devenus très rapidement tuberculeux. A. C.

X. — Il s'agit d'une femme issue d'une famille décimée par la phtisie (son père, deux oncles et une tante paternels, un frère et trois sœurs morts de phtisie). Elle-même, atteinte de toux, de dyspnée, d'hémoptysie, épousa, de 1872 à 1883, trois hommes, tous issus de parents sains et très bien portants auparavant. Le premier mari (marié en 1872) mourut de phtisie pulmonaire en 1879. Le deuxième (marié en 1879) mourut de phtisie en 1881 ; il vécut avec sa femme de 1879 à 1881. Le troisième qui vécut avec elle de 1881 à 1883 est actuellement arrivé au dernier degré de la phtisie. La femme est morte phtisique en 1883. A. C.

XI. — 1° L'examen général du thorax peut être utilisé pour le diagnostic et le pronostic de la tuberculose au début.

2° Le tuberculeux présente habituellement un type thoracique spécial caractérisé essentiellement par une atrophie générale et une physionomie particulière de la poitrine.

3° L'atrophie générale se reconnaît par des mensurations portant sur

les principaux diamètres de la poitrine; sa physionomie particulière est déterminée principalement par le rétrécissement de la partie inférieure et par la faible étendue de l'axe xyphoïdien.

4° On rencontre deux formes principales de thorax tuberculeux; la première, fréquente, habituelle, présente un type conoïde aplati à base supérieure; la deuxième, plus rare, offre un type ellipsoïde arrondi.

5° Le thorax tuberculeux appartient surtout au phtisique héréditaire; on le rencontre aussi sur des sujets à tuberculose exclusivement périphérique et sur d'autres, non tuberculeux, mais de constitution faible, de résistance organique suspecte.

6° Il est quelquefois acquis, mais il semble souvent essentiel, primitif, originel, résultant probablement de certains états diathésiques chez les ascendants.

7° Le traitement prophylactique consistera, indépendamment de la médication pharmaceutique habituelle, de la vie au grand air et d'une alimentation soignée, en des exercices méthodiques, gymnastiques, etc.

XII. — L'auteur fait seulement une étude clinique de la tuberculose pulmonaire à forme fibreuse. L'hérédité serait rare dans cette phtisie (12 0/0 au lieu de 30 à 70 0/0). Elle survient plus tard que la phtisie vulgaire; de 35 à 60 ans, dans la moitié des 40 cas observés.

Tantôt la phtisie fibreuse se développe lentement, tantôt rapidement à la suite d'une affection aiguë du poumon: pneumonie fibrineuse (?) pleurésie exsudative, bronchopneumonie tuberculeuse, etc. Dans une série de cas qu'il faut distinguer, elle se produit chez des emphysémateux. Le crachement de sang est fréquent au début; il y aurait une véritable relation entre l'hémoptysie et la tuberculose à forme fibreuse. La syphilis, l'alcoolisme, la fièvre intermittente n'ont pas de rôle bien net dans sa pathogénie.

Au point de vue des symptômes, la maladie se distingue par certaines particularités. L'aspect des malades est meilleur; souvent ils paraissent bien portants. Il n'y a pas de fièvre. La toux est d'abord sèche et peu fréquente. Plus tard, l'expectoration devient plus abondante; les bacilles s'y trouvent en petit nombre. Ce qu'il y a surtout de caractéristique, c'est la tendance des malades à la dyspnée; ils sont courts d'haleine. L'hémoptysie est un symptôme constant; il est remarquable qu'elle ne paraisse pas entraîner de conséquence grave au point de vue de l'état général. Les phénomènes locaux sont atténués; même lorsqu'il y a des cavernes, on n'en trouve pas les signes particuliers; lorsqu'il s'agit de la forme emphysémateuse, ce sont les symptômes d'emphysème qui dominent, masquant les phénomènes d'induration et de ramolissement pulmonaire. Les complications sont rares... Quelquefois, dans la forme emphysémateuse, le cœur est forcé et il survient de l'asystolie. La marche de la maladie est très lente (10 à 15 ans le plus souvent.)

A. MATHIEU.

XIII. — Bien que le traumatisme n'agisse évidemment que comme cause prédisposante, son influence sur le développement de la tuberculose est incontestable. Il y a parfois une sorte d'inoculation; parfois aussi l'action est moins directe et semble n'agir qu'en affaiblissant la résistance de l'organe lésé.

C'est de la première façon que les pneumoconioses paraissent influen-

cer le poumon; c'est de la seconde, au contraire, que les traumatismes externes (contusions, etc.) opèrent probablement.

Pour les poussières, tout le monde est d'accord : elles agissent en irritant mécaniquement les bronches et en les dépouillant de leur revêtement épithélial, d'où pénétration plus aisée du bacille dans le tissu pulmonaire.

Le mode d'action des traumatismes externes est plus complexe. Mendelsohn croit que les contusions agissent surtout en déterminant une déchirure du poumon. Cette déchirure est prouvée par les hémoptysies qui suivent si souvent les coups sur la poitrine. A son niveau se produit un épanchement sanguin et un travail d'inflammation qui deviennent souvent, on le sait, le point de départ d'une pneumonie ou d'une gangrène pulmonaire. On comprend qu'à l'occasion ils peuvent également offrir un milieu de culture favorable aux bacilles de la tuberculose.

Mendelsohn termine en rapportant neuf observations personnelles de phtisies par contusions. M. DEBOVE.

I. — Autopsie d'une diabétique : entérite folliculaire polypeuse, par KÖSTER (*Berl. kl. Woch., p.* 159, *mars* 1885).

II. — Il diabete mellito spontaneo e mortale negli animali, paragenato con quello dell' uomo, par P. FERRARO (*Il Morgagni, n.* 1-2 *et* 4, 1885).

III. — Le diabète glycosurique chez les vieillards, par LANDRIEUX et ESCOVESCO (*Progrès médic., juin* 1885).

IV. — Ueber das Verhalten des Kniephönomens beim Diabetes mellitus (Du réflexe du genou dans le diabète), par ROSENSTEIN (*Berlin. klin. Woch., p.* 113, *février* 1885).

V. — Du mal perforant chez les diabétiques, par KIRMISSON (*Arch. gén. de méd., janvier* 1885).

VI. — Du mal perforant dans le diabète, par LAFFON (*Journ. de méd. de Bordeaux, n°* 7, *septembre* 1885).

VII. — Deux cas de cirrhose pigmentaire du foie dans le diabète sucré, par LETULLE (*Soc. méd. des hôp.,* 23 *décembre* 1885).

VIII. — Contribution à l'étude des lésions histologiques du rein dans le diabète sucré, par I. STRAUS (*Arch. de physiol.,* 30 *septembre* 1885).

IX. — Glycogengehalt verschiedener Organe im Coma diabeticum (Présence du glycogène dans divers organes au cours du coma diabétique), par ABELES (*Centralbl. f. die med. Wissensch.,* 29 *juin* 1885).

X. — Die physiologische Grundlage für die Theorie des Diabetes mellitus (Recherches physiologiques sur la nature du diabète), par J. SEEGEN (*Zeitsch. für klin. Medic., Band VIII, Heft* 4, *p.* 328.)

XI. — Beobachtungen ueber den Diabetes mellitus, par UNSCHULD (*Berl. klin. Woch., p.* 408, 1884).

XII. — Weitere Beiträge zur Behandlung des Diabetes (Recherches sur le traitement du diabète et du coma diabétique), par E. STRADELMANN (*Deutsch. Arch. f. klin. Med., Band XXXVII, p.* 580).

XIII. — Ein Beitrag zur Theorie und Praxis den Arzneibehandlung des Diabetes

mellitus (Étude théorique et pratique du traitement du diabète), par Otto DORNBLUTH (*Ibidem, Band XXXVII, Heft* 1-2, *p.* 63).

I. — Fille de 22 ans, anémiée et émaciée depuis des années. Les urines renfermaient en permanence une très forte proportion de sucre et on la traitait pour le diabète.

A l'autopsie, les seules altérations morbides siégaient d'une part dans l'intestin, de l'autre dans tous les ganglions lymphatiques viscéraux.

Dans l'iléon, les follicules solitaires (et non ceux comprenant les plaques de Peyer) étaient transformés en petites nodosités qui augmentaient de nombre et de volume, à mesure qu'on descendait; à la partie inférieure de l'iléon on voyait des polypes pédiculés minuscules, tous de la grosseur de têtes d'épingle. Beaucoup de ces polypes étaient placés côte à côte sur les plis transversaux de la muqueuse.

Le cœcum présentait des lésions analogues. Immédiatement en arrière de la valvule se voyait un polype du volume d'un haricot entouré de polypes de plus petites dimensions.

Le reste du côlon et le jéjunum étaient intacts.

Il n'existait ni cicatrice, ni affection des vaisseaux lymphatiques.

Mais tous les ganglions mésentériques, y compris les jéjunaux, les ganglions circum-pyloriques, ceux de la veine porte hépatique, des deux médiastins, des hiles des poumons, de la trachée et de la portion inférieure du cou étaient hypertrophiés et ou bien crétacés ou bien transformés en une sorte de mortier.

Les reins contenaient les dépôts de glycogène signalés par Frerichs. Le foie était normal à l'examen microscopique. J. B.

II. — L'auteur a eu l'occasion de faire l'anatomie pathologique complète d'une chienne morte du diabète. Cette chienne menait depuis longtemps une vie tout à fait sédentaire, mangeait très peu de viande et consommait beaucoup de substances féculentes et de sucre. Trois ou quatre mois avant de mourir, elle se mit à boire et à uriner en abondance: l'amaigrissement devint considérable, et on trouva 110 grammes de sucre par litre dans l'urine.

Ferraro décrit avec détails les lésions observées chez la chienne diabétique et arrive à formuler les conclusions suivantes :

Le diabète sucré peut se développer spontanément chez le chien et augmenter graduellement jusqu'à devenir mortel. L'étiologie et la forme clinique du diabète du chien sont semblables à celles du diabète de l'homme. Les lésions anatomopathologiques du diabète du chien ne diffèrent pas essentiellement de celles du diabète de l'homme; si elles en diffèrent, ce n'est que par un degré d'intensité. L'étude de cette maladie chez le chien fait mieux comprendre les altérations organiques qui s'observent chez l'homme. Toutes les lésions diabétiques reconnaissent pour cause la glycémie, dont l'origine n'est pas encore bien connue.

F. H.

III. — De cinq observations recueillies chez des femmes âgées de 66 à 72 ans, les auteurs tirent les conclusions suivantes :

1° Il n'y a pas lieu d'établir une différence essentielle entre les termes de glycosurie et de diabète glycosurique ;

2° La sénilité donne au diabète glycosurique des caractères spéciaux ;

3° Le diabète glycosurique semble se présenter ordinairement *sous forme d'accès diabétiques intermittents ou subintrants ;*

4° Le diabète sénile se montre fréquemment accompagné d'autres

troubles d'assimilation (azoturie, albuminurie non rétractile, pigments biliaires);

5° On pourrait expliquer les différents troubles qu'on observe chez les vieillards par une sorte d'ataxie de la nutrition. H. L.

IV. — Althaus a indiqué la confusion possible entre une ataxie locomotrice commençante et un diabète, lorsque celui-ci se traduit essentiellement par des phénomènes nerveux. Il ajoute qu'un signe différentiel dans les cas douteux est la persistance du réflexe rotulien chez les diabétiques.

Or, de 9 observations rapportées dans son travail, Rosenstein tire les conclusions suivantes :

Dans beaucoup, sinon peut-être dans la majorité des cas de diabète, le réflexe rotulien manque d'une façon persistante. Les injections sous-cutanées de strychnine ne le font pas reparaître comme Schreiber a montré que c'était le cas dans l'alcoolisme chronique (*R. S. M.*, XXV, 76).

L'absence du réflexe rotulien n'est nullement en rapport, soit avec l'intensité de la glycosurie, soit avec la qualité de l'urine qui donne la réaction avec le perchlorure de fer, soit avec l'acétone ; ce n'est donc pas un phénomène toxique.

Cette absence du réflexe rotulien est également indépendante des conditions générales de la nutrition et de l'état des forces du malade.

Une autopsie montre de plus que c'est un trouble purement fonctionnel, ne s'expliquant par aucune lésion organique de la moelle.

Contrairement à Bouchard (*R. S. M.*, XXV, 207), Rosenstein n'attache aucune signification pronostique à l'abolition du réflexe rotulien, car il l'a rencontrée aussi bien dans les cas récents que dans les diabètes durant depuis des années ; de plus, si presque tous les malades, chez lesquels le réflexe faisait défaut, avaient la forme grave de la maladie, il en était deux appartenant à la forme légère.

L'absence du réflexe rotulien n'est pas davantage un signe caractéristique du coma diabétique relativement aux autres états soporeux, car Rosenstein l'a vu dans le coma urémique. J. B.

V. — L'auteur a réuni sept observations dont trois personnelles et inédites de mal perforant chez des diabétiques. Ce chiffre est important et démontre, qu'en l'absence d'altération du système nerveux central ou de lésion des nerfs périphériques, la glycosurie devra être recherchée chez les malades atteints de mal perforant. Il n'y a d'ailleurs rien d'étonnant à ce qu'on rencontre cette affection dans le diabète, où l'on a noté déjà tant de troubles divers de la nutrition et de la sensibilité.

P. MERKLEN.

VI. — Laffon rapporte l'observation d'un diabétique atteint d'ulcères perforants graves qui arrivèrent à cicatrisation à mesure qu'un traitement approprié (bromure) fit disparaître le sucre des urines.

VII. — H..., âgé de 48 ans, présente, le 13 septembre 1885, une pigmentation généralisée des téguments, un œdème énorme des membres inférieurs et de l'ascite. Il est diabétique depuis deux ans, et le sucre a disparu en même temps que l'abdomen se tuméfiait. Une ponction, pratiquée deux jours après, permit d'extraire 7 litres de liquide jaune rougeâtre, alcalin, contenant 1gr,425 de glucose par litre. Le malade mourut quelques jours après.

A l'autopsie, on trouva 7 à 8 litres de liquide abdominal, brun, floconneux, une péritonite aiguë généralisée ; au-dessous des fausses membranes, on aperçoit de larges taches pigmentaires brunes, surtout au niveau du foie qui présente à la coupe un aspect brun roux, lobulé, avec des travées fibreuses brunes, tachetées de dépôts pigmentaires par points ou lignes sinueuses. Il y a donc une cirrhose lisse. La rate est hypertrophiée et sclérosée. Le cœur est dilaté et le péricarde pariétal est fortement pigmenté.

L'examen histologique montre que le foie est le siège d'une cirrhose annulaire, à petits grains bi-veineux dont le caractère dominant réside dans l'énorme quantité de pigment accumulé au milieu des travées fibreuses et dans l'intérieur des cellules hépatiques. Les grands espaces portes, très élargis, envoient autour d'eux des travées très pigmentées, qui cloisonnent le parenchyme. Les veines sus-hépatiques sont aussi envahies par la sclérose pigmentaire. Les lobules hépatiques sont envahis par la même lésion, et les cellules sont, pour la plupart, infiltrées d'un pigment jaune brun qui cache le noyau et remplace le protoplasma cellulaire ; beaucoup sont très atrophiées. Les blocs pigmentaires, en général peu volumineux dans l'intérieur même de la cellule, forment dans les espaces conjonctifs de petits calculs de 1 à 4 μ.

La rate est le siège d'une sclérose diffuse dans laquelle le dépôt de pigment s'est fait, mais d'une façon moins abondante ; nulle part on ne voit les vaisseaux farcis de masses pigmentaires. Le poumon est congestionné, carnifié même par place, les cavités alvéolaires renferment des cellules déformées remplies de particules noirâtres ; dans quelques points, il existe au milieu des parois des vaisseaux sanguins des amas pigmentaires identiques à ceux du foie, gros de 3 à 8 μ ; quelques capillaires sont même obstrués par des embolies pigmentaires. Le cœur montre une dégénérescence pigmentaire extrême de ses cellules musculaires, les granulations accumulées au centre étouffent le noyau ; en outre, dans les espaces conjonctifs interfasciculaires on voit des blocs jaunes de pigment de différents volumes, se continuant avec le centre de cellules musculaires éventrées.

L'observation 2e donne des résultats analogues au point de vue histologique.

Letulle rapporte l'opinion de Hanot et Chauffard qui admettent, dans ces cas, une hypergenèse pigmentaire du foie, le pigment résorbé par les capillaires est diffusé dans l'organisme tout entier ; le foie seul ferait du pigment ; il croit, au contraire, qu'il y a plutôt dégénérescence qu'hypergenèse pigmentaire des cellules hépatiques ; cette dégénérescence explique bien la pigmentation du foie, mais non la mélanose généralisée. Les conditions de la genèse du pigment infiltré dans un certain nombre d'organes sont surtout bien indiquées par l'étude du cœur ; les cellules musculaires sont infiltrées de pigment hématique du centre à la périphérie, surtout dans les régions les moins bien irriguées ; et, d'après Letulle, c'est bien une dégénérescence pigmentaire *in vita* et non une mélanémie d'origine hépatique. Il y a donc, selon lui, dégénérescence pigmentaire de l'hémoglobine hépatique et musculeuse. H. L.

VIII. — L'auteur a reconnu que dans le diabète, à côté des lésions banales du rein, il existe fréquemment une altération toute spéciale par sa nature et par sa topographie. Comme topographie, cette altération porte nettement et exclusivement sur la zone limitante, où elle frappe les tubes droits de Henle et peut-être aussi quelques tubes collecteurs ; elle n'occupe pas la totalité de la zone limitante ; elle y est répartie en foyers plus ou moins nombreux et étendus, surtout dans le voisinage

des vaisseaux capillaires de la région. Pour ce qui est de la nature de la lésion, elle se présente histologiquement sous deux aspects, selon les réactifs employés : par les réactifs ordinaires, elle apparaît comme une métamorphose hyaline ou vitreuse des cellules de revêtement des tubes en question : c'est la lésion découverte par Armanni ; si l'on emploie la gomme iodée, ces mêmes cellules se montrent infiltrées de glycogène : c'est l'altération découverte par Ehrlich.

Il était intéressant de rechercher si les lésions d'Armanni et d'Ehrlich existent dans les reins d'animaux rendus expérimentalement glycosuriques. Les tentatives faites dans ce sens par Straus ne l'ont conduit qu'à des résultats négatifs. A. GILBERT.

IX. — Abeles a recherché le glycogène dans divers organes (foie, rate, reins, pancréas, cerveau) d'individus morts diabétiques. Chez deux d'entre eux morts, l'un de phtisie pulmonaire, l'autre de péricardite purulente avec furonculose généralisée, aucun de ces organes ne renfermait de glycogène. Il en était autrement pour les trois autres morts dans le coma diabétique : chez la première, jeune fille de 19 ans, on trouva une notable quantité de glycogène dans le foie et le cerveau, des traces très appréciables dans les reins, le pancréas et la rate, mais point dans les muscles. Chez le second, homme de 21 ans, résultats analogues sauf en ce qui concerne le cerveau qui ne put être examiné. Enfin chez la troisième, femme de 56 ans, le cerveau et les reins renfermaient du glycogène, mais non les muscles.

Le fait saillant de ces recherches est l'existence du glycogène dans le cerveau d'individus morts de coma diabétique, tandis qu'à l'état normal cet organe n'en renferme pas. L.-D. B.

X. — Unschuld a été frappé de la coexistence fréquente de l'albuminurie et de la glycosurie. Sur 80 diabétiques soignés dans l'espace d'un an, 31 0/0 d'entre eux étaient en même temps albuminuriques. Il traite les diabétiques de la façon suivante : alimentation substantielle avec vin rouge généreux. En cas d'insomnie par agitation nerveuse, il donne le soir une solution d'acide salicylique, dans du cognac, que le malade ajoute à son vin. Il est indispensable que le régime exclusivement animal de Cantani soit suivi au moins 3 mois.

Comme médication symptomatique, ce qu'il a trouvé de meilleur contre le diabète nerveux, ce sont les courants constants et la faradisation générale suivant la méthode de Beard.

Dans les cas bénins, les promenades, la gymnastique, mais surtout les douches prises en pluie ou autres, et les aspersions froides produisent d'heureux effets ; au contraire, dans les cas graves, c'est le repos et l'abstention de toute médication un peu énergique qui conviennent.

De toutes les substances qui diminuent le glycogène, c'est l'opium à hautes doses qu'Unschuld a trouvé le plus efficace.

XI. — Dans un travail publié dans le tome XVI du journal *Arch. f. experim. Pathol. u. Pharmak.*, l'auteur a indiqué que dans le diabète sucré on pouvait rencontrer, dans l'urine, une quantité considérable d'ammoniaque. Dans ces conditions, on trouve aussi, dans l'urine, un acide désigné par Strübing, sous le nom d'acide crotonique. Pour Minkowski et Külz, il s'agirait d'acide oxybutyrique, lequel fournit par la distillation de l'acide crotonique. D'une façon régulière, la quantité

d'ammoniaque correspond exactement à la quantité d'acide également éliminé.

L'ammoniaque peut varier du jour au lendemain, de 2 à 7 grammes. On peut se demander si la présence dans le sang d'une quantité d'ammoniaque aussi considérable ne produit pas des effets nuisibles. Il est possible que l'ammoniaque déplace les alcalis fixes de leur combinaison et mette ainsi les acides en liberté. Les accidents du coma diabétique, pendant lesquels l'ammoniaque et, par conséquent, l'acide oxybutyrique augmente dans les urines, pourraient être dus à une véritable intoxication acide de l'économie. Cela se concilie bien avec ce fait reconnu que les accidents dits acétonémiques, apparaissent souvent lorsque les malades viennent d'être mis au régime purement azoté.

La conséquence thérapeutique c'est qu'il faut maintenir et ramener à la normale, chez les diabétiques, le taux de l'alcalinité du sang. Il faudrait donc donner des alcalins à haute dose, particulièrement du bicarbonate de soude. En cas de coma diabétique on pourrait même faire des injections intra-veineuses. A. MATHIEU.

XII. — L'auteur base son travail sur l'étude de 4 cas de diabète sucré dans lesquels il a essayé des traitements variés. Tous ont été soumis au régime alimentaire : ils ne prenaient que des œufs, de la viande, du bouillon et du café sans lait. Les substances sucrées et amylacées étaient réduites à 250 grammes de pain ou de pommes de terre.

Dans le premier cas, il y avait au début 800 grammes de sucre en 24 heures. Sous l'influence du régime seul, cette quantité tomba à 80 grammes. Le sucre disparut avec l'acide salicylique et la salicine. La médication étant supprimée, le sucre remonta à 150 grammes pour disparaître encore avec la salicine.

Deuxième cas. 400 grammes de sucre au début; par le régime seul 70 grammes ; avec le salicylate 0 ; la salicine 0 ; la médication étant suspendue 100 grammes ; 60 grammes avec le salicylate ; 100 grammes avec l'acide phénique ; 80 grammes avec la salicine. Mort dans le coma.

Troisième cas. 300 grammes au début ; régime seul : 100 grammes ; salicylate 60 grammes ; acide carbonique 70 grammes ; iodoforme 150 grammes ; salicine 25 à 30 grammes et enfin 0.

Quatrième cas. 400 grammes au début ; régime seul 100 grammes ; salicine 100 grammes ; salicylate 150 grammes ; salicine de nouveau 50 grammes.

Il résulte de ce tableau que la salicine est particulièrement utile dans le traitement du diabète sucré. Elle a été donnée à la dose de 3 à 6 grammes renouvelée 3 fois par jour. Le régime est chose utile, indispensable, mais il ne s'adresse qu'au symptôme glycosurique ; le médicament s'adresse à la cause même de la maladie. L'auteur attribue à la salicine une action vaso-motrice sur les centres nerveux de la moelle allongée. A. MATHIEU.

I. — Zur Lehre von der Zuckerlosen Harnruhr (Etude sur le diabète insipide), par **H. SCHAPIRO** (*Zeitschrift für klinische Medicin*, *Band VIII*, *Heft* 3, *p*. 191-215, *et Heft* 4, *p*. 302-327).

II. — Beiträge zur Lehre vom Diabetes insipidus, par Richard GEIGEL (*D. Arch. f. klin. Med.*, *Band XXXVII*, *Heft* 1 *et* 2, *p*. 51).

I. — Schapiro appelle dans son mémoire l'attention sur une nouvelle classe de diabète, coïncidant avec des lésions intestinales étendues.

1° La polyurie, phénomène d'ordre essentiellement vaso-moteur, peut s'expliquer assez facilement dans les maladies de l'intestin. L'hypertrophie des ganglions du mésentère, en comprimant les nerfs du plexus rénal, suffit à la rigueur à la produire. Mais dans les deux observations de Schapiro, qui ont été suivies d'autopsies, un autre facteur intervenait.

Dans les deux cas, en effet, on trouva des altérations très remarquables des ganglions du plexus solaire. Ces ganglions étaient hyperémiés ; par places existaient même des extravasations sanguines. Le tissu conjonctif était parsemé de nombreuses granulations pigmentaires ; enfin, il y avait dégénérescence de la plupart des cellules nerveuses. Les nerfs splanchniques étaient également altérés. Il semble bien que le processus inflammatoire, parti de l'intestin, se soit propagé aux ganglions, et de ceux-ci aux nerfs, qui tiennent sous leur dépendance la circulation du rein.

2° Les quatre autres observations rapportées par Schapiro n'ont pas été accompagnées d'autopsie. Au début de la maladie, en effet, on obtient assez facilement, en traitant la diarrhée, une grande amélioration. Chez ces quatre malades, la polyurie avait débuté, comme chez les deux autres, à la suite de troubles intestinaux, et sans qu'il y eut aucune lésion des centres nerveux. L'urine devint peu à peu plus abondante ; la quantité variait par jour de trois à six litres. Ces chiffres sont, on le voit, bien au-dessous de ceux qu'on a observés dans quelques polyuries d'origine centrale ; ce fait clinique est d'ailleurs en rapport avec les expériences physiologiques ; on sait que la section des splanchniques donne toujours une polyurie beaucoup moins intense que la piqûre du quatrième ventricule.

La polyurie était surtout nocturne. La quantité d'urine émise de huit heures du soir à huit heures du matin constituait souvent les deux tiers de la quantité totale. Peut-être, chez ces malades, le décubitus exerce-t-il sur le rein une influence congestionnante, qu'il n'a pas chez les autres individus.

La quantité de matières solides, excrétées par l'urine, variait suivant la période de la maladie. Dépassant au début le chiffre normal, elle ne tardait pas à tomber au-dessous, quand les malades arrivaient à la période de cachexie. C'est donc à tort que l'on regarderait la diminution des sels excrétés, comme un signe de pronostic heureux. Il faut tenir compte en même temps de l'état général ; la marche du poids du malade fournira, à ce sujet, d'utiles renseignements.

L'étude des conditions alimentaires du malade est également, pour le pronostic, très importante. Pour l'eau il y a ordinairement équilibre entre les recettes et les dépenses. L'excrétion d'une quantité d'eau, plus grande que la quantité absorbée, a toujours été passagère. Pour les aliments, au contraire, l'équilibre peut se trouver rompu ; la cachexie ne tarde pas à survenir à bref délai, le malade fabriquant les matières azotées de l'urine avec sa propre substance. Il y a une véritable autophagie.

Chez les malades de Schapiro, les troubles vaso-moteurs semblaient

limités aux reins; la pression du pouls était normale. Toutes les fois qu'il y eut chez eux un mouvement fébrile, on doit noter qu'il y avait diminution de la polyurie, mais augmentation des principes solides.

M. DEBOVE.

II.— Un jeune homme de 20 ans est pris au printemps de 1881 de malaise, d'inappétence, de faiblesse, d'excitation mentale et d'insomnie. Il s'améliore sous l'influence du repos et des narcotiques. Trois mois plus tard, il éprouve une soif intense et, au bout de quelques jours, il constate une augmentation considérable de la quantité de ses urines. Malgré le traitement suivi, malgré l'emploi de l'opium et des courants galvaniques, la polyurie et la polydipsie vont en accentuant et il émet en moyenne 15 à 16 litres d'urine dans les 24 heures.

Le 30 décembre 1882, il entre dans le service de Rossbach; le premier jour, on relève 17 litres 1/2 d'urine, sans sucre ni albumine.

On fait passer un courant continu à travers la tête; la quantité d'urine oscille entre 12 et 17 litres 1/2, la quantité des boissons absorbées est de 11 à 13 litres.

A partir du 11 janvier, on abaisse à 4 litres environ la quantité de boisson absorbée. Les urines tombent entre 4 et 5 litres. L'urée diminue de 25 ou 30 grammes à 13 ou 14 grammes. Un jour même le malade s'abstint de toute boisson : il en éprouva un grand malaise.

La diète liquide imposée avait produit une amélioration sensible du diabète et de l'état général du malade ; peut-être les courants galvaniques avaient-ils contribué à ce résultat.

L'auteur pense que la polydipsie est le fait initial dans le diabète insipide et que la polyurie est la conséquence de la dilution du sang et de l'augmentation de la pression artérielle. Cette polyurie persiste alors que l'absorption des liquides a diminué, peut-être en vertu d'un certain degré de paralysie persistante des artères rénales dilatées. A. MATHIEU.

Traité pratique des maladies du système nerveux, par J. GRASSET (3e édition, *Paris* 1886).

Grasset vient de faire paraître la troisième édition de son traité pratique des maladies du système nerveux, ouvrage qui a fait l'objet d'une analyse étendue dans la *Revue des sciences médicales* et dont l'éloge n'est plus à faire. Ainsi que le mentionne l'auteur dans sa préface, cette troisième édition, tout en reproduisant le plan adopté dans les deux précédentes, a subi des remaniements et des additions indispensables. En fait de chapitres nouveaux, l'auteur cite d'une façon spéciale ceux consacrés à l'étude séméiologique de la paralysie de la langue, de l'amblyopie, et de l'hémianopsie d'origine cérébrale, à l'étude de l'hypnotisme et du somnambulisme provoqué. Les principales additions portent sur les chapitres qui traitent de (l'aphasie cécité et surdités verbales, etc.), des lésions des nerfs périphériques dans le tabes, des types myopathiques des atrophies musculaires, de la séméiologie des paralysies radiculaires, de la cachexie pachydermique, de la maladie de Thompsen, de l'hystérie.

Enfin, cette nouvelle édition comprend un chapitre additionnel dû à la collaboration de Regimbeau, dans lequel l'auteur a exposé sous le titre de *Principes généraux d'électrothérapie*, les règles qui doivent guider le praticien dans l'application de l'électricité au traitement des maladies du système nerveux. E. R.

I. — A propos d'un cas d'hystérie chez l'homme, par CHARCOT (*Progrès médic.*, 2 *mai*, 5 *juin*, 8 *août* 1885).

II. — Sur deux cas de monoplégie brachiale hystérique de cause traumatique chez l'homme, par CHARCOT (*Ibidem*, 22 *août*, 12-26 *septembre*, 3 *octobre* 1885).

III. — Diagnostic différentiel de la monoplégie brachiale hystéro-traumatique et de la contusion de l'épaule avec lésion du plexus brachial, par JOFFROY (*Soc. méd. des hôp.*, *avril* 1885).

IV. — Sur un cas singulier de monoplégie brachiale survenue six jours après une chute sur l'épaule, par TROISIER (*Soc. méd. des hôp.*, 8 *avril*, 5 *août* 1885).

V. — Phénomènes hystériformes, suite d'un traumatisme chez un homme, par BALL (*Gaz. des hôp.*, 11 *juillet* 1885).

VI. — Paralysie hystérique, par TERRILLON (*Soc. de chir.*, 27 *mai* 1885).

VII. — Tarassis (hystérie chez l'homme), par LANOAILLE DE LA CHÈZE (*Gaz. des hôp.*, *p.* 1036, 1059, 1068, 1884. — *p.* 523, 826, 1885).

VIII. — Ueber Hysterie beim männlichen Geschlcht (De l'hystérie chez l'homme), par MENDEL (*Berl. klin. Woch.*, 19-26 *mai*, 2 *juin* 1884).

IX. — Paralysie hystérique avec hémianesthésie sensitive et sensorielle, provoquée par la compression du plexus brachial, par H. RENDU (*Soc. méd. des hôpitaux*, *p.* 357, *novembre* 1885).

X. — Des monoplégies traumatiques du membre supérieur, par A. CASTEX (*France médicale*, *p.* 1054, 1885).

XI. — Contribution à l'étude de la paralysie hystérique sans contracture, par P. MARIE et Souza SEITE (*Revue de médecine*, 10 *mai* 1885).

XII. — L'hystérie chez l'homme comparée à l'hystérie chez la femme, par GUINON (*Gaz. méd. de Paris*, 16 *mai* 1885).

XIII. — Hystéro-épilepsie chez un garçon ; guérison par l'hydrothérapie, par BOURNEVILLE et BONNAIRE (*Arch. de neurol.*, *vol. VII*, *p.* 86).

XIV. — Hystérie chez l'homme, hypnotisme, catalepsie, somnambulisme, par BOUCHER (*Revue des Soc. méd.*, 31 *mai* 1885, *et France médicale*, *p.* 1238, 1885).

XV. — Un caso di isterismo maschile, par P. PEDRAZZI (*Rivista clin. e terap.*, *juin* 1885).

XVI. — Observation d'accès d'hystéro-somnambulisme hallucinatoire consécutifs à l'absorption d'une dose toxique de camphre, par PLANAT (*Annales médic. psych.*, 7e *série*, *t. I*, *p.* 224).

XVII. — Crises d'hystérie chez un homme atteint de paralysie générale, par CAMUSET (*Ibidem*, 6e *série*, *t. II*, *p.* 229).

XVIII. — Note sur les zones léthargogènes et léthargo-frénatrices chez les hystériques, par BLANC FONTENILLE (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 20 *décembre* 1885).

I-II. — On croit, en général, que la caractéristique de l'hystérie chez la femme est l'instabilité et la mobilité des symptômes. Mais, à côté de

cette forme classique, il en est une à phénomènes durables, permanents, difficiles à modifier. C'est précisément, d'après Charcot, celle que l'on rencontre de préférence chez l'homme et qui, presque toujours, est méconnue ou prise pour une affection cérébro-spinale organique.

Les six observations publiées dans ces notes démontrent la réalité de ces faits cliniques ; voici le résumé des principales :

Obs. 1. — Homme de 44 ans, vigoureux ; présente des antécédents héréditaires nombreux, père, oncle, cousines, nerveux ou épileptiques ; deux de ses filles hystériques. Enfant, il était peureux et somnambule. En 1882, après un accident, il eut une perte de connaissance durant vingt minutes ; il resta deux jours sans pouvoir travailler ni marcher, avec des cauchemars nocturnes. Il s'était remis au travail, quand dix jours après il eut une première attaque d'hystéro-épilepsie ; depuis, il en eut tous les deux mois, et souvent, dans l'intervalle, était poursuivi la nuit par des visions terribles. Un traitement prolongé au bromure de potassium n'amena aucune amélioration. A son entrée à la Salpêtrière (mai 1884), on constate une anémie notable; une hémi-anesthésie double en plaques, très étendue pour la douleur et le froid; l'anesthésie sensorielle est peu accusée, sauf le rétrécissement notable du champ visuel. Ce malade distingue toutes les couleurs, mais le champ visuel du bleu est plus rétréci que celui du rouge, et est passé en dedans de ce dernier; enfin il existe deux points hystérogènes, l'un cutané, au-dessous des dernières fausses côtes droites ; l'autre, plus profond, dans le creux poplité droit. La pression exercée sur les points spasmogènes fait naître tous les phénomènes de l'aura hystérique ; ces points sont d'ailleurs très faiblement spasmo-frénateurs.

Dans l'état mental de R..., ce qui domine, c'est toujours l'anxiété, la peur, la tristesse. Les attaques sont spontanées ou provoquées, et se déroulent suivant le type classique ; sensation de brûlure au niveau des points spasmogènes, douleur épigastrique, aura céphalique, puis perte de connaissance : 1re période, avec quelques convulsions épileptiformes; 2e période, grands mouvements de salutation d'une extrême violence, interrompus de temps en temps par un arc de cercle ; 3e période, attitudes passionnelles, avec cris et visions terrifiantes ; 4e période, retour de la connaissance avec persistance des hallucinations. Le traitement par l'électricité statique et un régime tonique n'ont en rien amélioré la situation. Charcot insiste sur le rôle du choc et surtout de la frayeur comme cause déterminante, qui est une des plus importantes, et se retrouve chez la plupart des autres malades qu'il a vus.

Obs. 6. — Pin, âgé de 18 ans, a eu dans son enfance de l'incontinence d'urine. C'est, au point de vue moral, un déséquilibré. Le 24 mai, il tombe d'une hauteur de 2 mètres et perd connaissance ; il se contusionne légèrement l'épaule et le genou gauches ; trois jours après on constate une parésie du bras gauche avec anesthésie correspondante, sans aucune trace de rigidité ; trois semaines plus tard, paralysie absolue du membre et hémianalgésie de tout le côté gauche du corps, avec rétrécissement double du champ visuel, surtout à gauche. Dix mois après la chute, on note la paralysie absolue de tout le membre gauche, sans atrophie ; les réactions électriques sont conservées, les réflexes tendineux sont très légèrement augmentés, l'anesthésie cutanée du membre est absolue ; de même pour les parties profondes. Perte du sens musculaire, analgésie du reste du côté gauche du corps, rétrécissement du champ visuel à gauche ; le cercle du rouge s'est transporté en dehors de celui du bleu ; les autres sens à gauche sont fort émoussés; l'absence d'atrophie musculaire et de modification des réactions électriques faisait repousser l'idée d'une lésion du plexus brachial, ou d'une paralysie réflexe, suite de traumatisme articulaire.

La monoplégie brachiale peut dépendre de lésions de la capsule in-

terne, mais il n'y a pas alors d'hémianesthésie sensitive et sensorielle; la production d'un foyer d'hémorragie ou de ramollissement dans la zone motrice du bras aurait déterminé, au bout de quelques mois, un certain degré de contraction et une exagération notable des réflexes, et n'aurait pas amené une anesthésie aussi profonde. L'hypothèse d'une lésion spinale n'était pas non plus admissible. Aussi le diagnostic d'hystérie fut affirmé sans réserve (11 mars), quoique le malade n'eut eu antérieurement aucune attaque convulsive. Il fut confirmé par la recherche des zones hystérogènes que l'on trouva sous le sein gauche, dans les deux régions iliaques, et testicule droit; une excitation légère de la zone sous-mammaire amena les signes de l'aura (15 mars); en insistant, on détermina une première attaque d'hystéro-épilepsie absolument classique, pendant laquelle le membre supérieur gauche ne prit aucune part aux convulsions. Les jours suivants, les attaques se manifestèrent spontanément; dans l'une d'elles (17 mars), le malade urina dans son lit; puis, le 21 mars, le bras gauche s'agita à son tour, et au réveil le malade pouvait s'en servir. Il ne restait qu'une légère parésie; les troubles de la sensibilité persistaient au même degré. Par voie de suggestion, on put rétablir la paralysie pendant 24 heures; mais une nouvelle attaque la fit disparaître, et depuis elle ne s'est plus reproduite. Il reste toujours un affaiblissement assez notable à gauche, 70 k. à droite au dynamomètre, 10 à gauche.

Un traitement méthodique, consistant en douches froides, toniques, gymnastique, faradisation des muscles et de la peau, amena une ascension dans la première semaine à 25; dans la quinzaine suivante, de 25 à 50. Depuis, la moyenne a oscillé jusqu'à 58, autour de 54. La sensibilité ne s'est pas modifiée, non plus que les stigmates.

III. — Joffroy indique, à propos de ce cas, comme un signe différentiel important, la localisation des troubles de la sensibilité. En cas de contusion du plexus brachial, outre de vives douleurs, l'anesthésie porte sur la main, l'avant-bras et une partie du bras, respectant la face interne du bras et l'épaule dans le domaine des branches intercosto-humérales; dans la paralysie hystérique, l'anesthésie occupe tout le bras et l'épaule, quelquefois envahit le tronc; et elle peut respecter la main et les doigts, comme dans le cas de Troisier, où la motilité était conservée en partie aux doigts seulement.

IV. — Le malade observé par Troisier se présentait dans des conditions analogues : traumatisme de l'épaule; six jours après, apparition brusque de la paralysie complète du membre supérieur, sauf quelques mouvements des doigts et d'une anesthésie correspondante, sauf à la main et sur le dos des doigts. Un examen plus approfondi fit découvrir que l'anesthésie s'étendait atténuée sur tout le côté droit du corps, portait sur les muqueuses et les organes des sens du même côté où il y avait perte du sens musculaire et de la notion du poids. Aucune modification des réactions électriques. Sous l'action d'un traitement régulier, la paralysie est restreinte en quatre mois à peu près à l'épaule; les mouvements du bras sont faibles; on trouve 25 k. au dynamomètre; la sensibilité a rétrocédé et ne laisse que sur l'épaule et à la partie postérieure du bras des placards d'anesthésie complète.

V-VI. — Des faits du même genre ont été signalés par Ball et

Terrillon. Ce dernier présente à la Société de chirurgie deux malades atteints de monoplégie brachiale, suite de contusion de l'épaule. Le premier a une paralysie incomplète, mais une anesthésie totale du moignon de l'épaule; le second a des points hystérogènes qui ne laissent aucun doute sur la réalité de la névrose. H. L.

VII. — C'est également à l'hystérie que l'on doit rattacher les faits étudiés sous le nom de Tarassis (ταρασσις, trouble) par Lanoaille de La Chèze. On trouve, en effet, chez ses malades une série de stigmates hystériques : des points hyperesthésiés, au niveau des premières apophyses dorsales, des côtes, de l'épigastre, de la fosse iliaque et du testicule gauche; de plus, une analgésie presque généralisée avec ischémie, une asthénie musculaire prononcée, du tremblement des mains et naturellement les réactions électriques sont régulières et la faradisation provoque des contractions musculaires normales. Citons comme type de ces observations le fait d'un sous-officier, fort intelligent, qui à plusieurs reprises éprouva des crises viscérales analogues à une attaque de péritonite ou de typhlite.

On s'aperçoit à la suite d'une de ces crises, qu'il est hémianesthésique droit, et que ses crises d'hyperesthésie cèdent instantanément à des frictions et à du massage. Il est, de plus, amblyopique et a de la micropsie. L'auteur, médecin militaire, considère ces faits comme relativement fréquents dans l'armée. H. R.

VIII. — Les cas rapportés par Mendel sont beaucoup plus précis et fournissent des types très accentués d'hystérie avec quelques phénomènes assez rares.

Dans le premier cas, ils 'agissait d'un garçon de 10 ans, sujet dans son enfance à l'incontinence diurne d'urine, et à des mouvements choréiformes, puis à des troubles plus graves qui firent croire à une lésion cérébrale, vomissements, céphalée opiniâtre, amblyopie; enfin à une série de convulsions d'abord toniques, avec opistotonos pendant 13 jours, sans perte de connaissance ; puis cloniques avec perte de connaissance et suivies de pleurs, de rires, de délire et d'hallucinations visuelles, le tout accompagné d'amaurose, de parésie du bras droit, de plaques d'anesthésie et d'hyperesthésie, bref, tous les signes de la grande hystérie; de plus l'enfant présentait le phénomène de la vie en partie double c'est-à-dire que les actes, les paroles et les souvenirs se poursuivaient seulement pendant les accès.

Le deuxième fait est celui d'un homme de 53 ans, sans antécédents nerveux qui fut pris soudain d'une paralysie des 4 membres, respectant les sphincters et la sensibilité ; il eut, à 5 ans d'intervalle, 2 attaques durant 3 à 4 mois, terminées par la guérison, la 3e attaque se caractérisa par les signes d'une paralysie spinale spasmodique si tranchés que Mendel fit à son sujet une leçon de clinique, trois mois après la guérison était complète. Ultérieurement se manifestèrent une toux bruyante, des points d'hyperesthésie.

Mendel insiste sur ce fait qu'il n'a trouvé qu'exceptionnellement l'hyperesthésie testiculaire, tandis que le point iliaque, qui n'est pour lui qu'une simple myalgie, est constant; les hommes seraient aussi moins sujets à l'anesthésie.

Pour lui, comme pour Charcot, le bromure de potassium est loin de rendre les mêmes services que dans l'épilepsie; il est souvent complètement inefficace, il faut un traitement moral, et pour les enfants

surtout, ainsi que le conseille Charcot, il recommande de les isoler de leurs parents.

Dans la discussion qui suivit cette communication, Landau rapporta un fait intéressant à l'appui de sa théorie que le point iliaque répond non à une myalgie, mais à une névralgie viscérale ou à un point douloureux d'un gros rameau du plexus lombaire ; chez une hystérique atteinte de douleur iliaque et d'hémianesthésie gauche, il pratiqua l'ovariotomie, enleva l'ovaire qui avait subi la dégénérescence kystique, mais le point douloureux et l'hémianesthésie persistèrent. (Voir *R. S. M.*, VI, 516 ; XII, 179 ; XVI, 138 et 597 ; XVII, 227 ; XX, 249 ; XXIII, 172 ; XXV, 660.) H. L.

IX. — Le fait de Rendu concerne un homme de 28 ans, qui à la suite d'un excès de boisson, s'endort la tête appuyée sur son bras droit et se réveille avec tous les signes d'une paralysie radiale par compression. Mais à côté des signes classiques de la paralysie du nerf radial, on constate des signes insolites : tous les muscles des membres supérieurs sont paralysés, ainsi que les pectoraux : et il y a une anesthésie totale du membre ; enfin, on découvre une hémiplégie droite incomplète, avec hémianesthésie correspondante sensitive et sensorielle, rétrécissement du champ visuel, conservation de la contractitité faradique.

Il semble donc y avoir dans ce cas, superposition des signes d'une paralysie locale par compression du plexus brachial, et réveil de manifestations hystériques générales.

Ce genre de paralysie, qui rappelle le fait de Troisier et ceux de Charcot, peut être reproduit artificiellement.

M. Charcot montre, en effet, sur une jeune fille hystérique, hémianesthésique gauche, que l'on peut après l'avoir plongée dans l'état somnambulique développer chez elle par suggestion une monoplégie brachiale droite identique à celle du malade Pin (6e observation), c'est-à-dire une paralysie flasque absolue avec anesthésie cutanée et profonde du bras envahissant le moignon de l'épaule et une partie de la poitrine du côté droit, perte du sens musculaire, affaiblissement des réflexes tendineux, etc., — par la suggestion on fait disparaître la paralysie — au lieu d'une paralysie totale du membre on peut produire à volonté et successivement des paralysies de chacun des segments, épaule, coude, poignet, et toujours l'anesthésie s'étend sur une région limitée par des plans circulaires perpendiculaires à l'axe du membre en rapport avec les muscles devenus flaccides — les doigts n'étant pas paralysés ne sont pas anesthésiés — et la malade reproduit la délimitation de l'anesthésie respectant les doigts comme chez le malade présenté par Troisier. Chez cette femme donc la suggestion a déterminé une monoplégie identique à celle produite chez les deux malades par l'action d'un traumatisme.

Il y a plus ; chez la malade hypnotisée Charcot peut, par un choc appliqué sur la partie postérieure de l'épaule, produire rapidement une paralysie identique à celle des 2 hommes ; chez une hystéro-épileptique, atteinte d'anesthésie générale, sans qu'il soit besoin d'hypnotisation, la suggestion verbale ou un choc déterminent un syndrome analogue. Charcot en conclut que si les deux hommes n'étaient pas hypnotisés, l'état mental occasionné par l'émotion, par le choc nerveux équi-

vaudrait dans une certaine mesure à l'état cérébral des hystériques hypnotisées.

Comme traitement Charcot conseille les douches froides, les bains sulfureux, l'électricité statique, des pressions exercées sur le dynamomètre 3 à 4 heures, chaque jour.

X. — Résumé critique des diverses opinions émises sur les monoplégies traumatiques et leurs causes.

Castex réunit dans un même groupe des faits dissemblables dont la pathogénie est évidemment différente, car à côté des cas d'hystérie préalablement cités, il décrit des observations où l'atrophie des masses musculaires a suivi la contusion de l'épaule. Article à consulter au point de vue bibliographique. H. R.

XI. — Le mémoire de Marie contient sept observations de paralysie hystérique flasque : les réflexes dans la plupart de ces cas étaient diminués, de telle sorte qu'il est impossible de considérer la paralysie hystérique comme étant une paralysie essentiellement spasmodique.

La sensibilité était toujours diminuée ou abolie. Dans quatre observations la paralysie était « d'origine psychique » c'est-à-dire consécutive à une lésion légère du membre atteint. Chez une malade la paralysie survint à la suite d'un zona brachial ; chez une autre elle apparut consécutivement à des troubles vasomoteurs du bras. Une troisième malade éprouve un traumatisme très léger pendant la nuit, et comme son père est hémiplégique, elle se figure que ce traumatisme aurait pu la mettre dans le même état que son père ; quelques heures plus tard, elle était hémiplégique. Enfin, la quatrième eut une paralysie de la jambe consécutivement à une entorse. GIRAUDEAU.

XII. — Depuis quelques mois l'auteur a pu observer douze cas d'hystérie chez l'homme ; il donne le résumé de sept d'entre eux : en les comparant à la même maladie chez la femme, il montre l'analogie considérable qui existe entre les deux sexes ; et la seule différence constante que l'on relève, c'est-à-dire l'absence d'idées gaies chez l'hystérique mâle. Puis il insiste sur la cause occasionnelle des premières manifestations en signalant le traumatisme, la frayeur, le choc, ainsi qu'il ressort des observations d'auteurs étrangers. (Page, Putnam, Walton, etc.)

OZENNE.

XIII. — Le malade, âgé de 13 ans, appartenait à une famille de névropathes, et l'hystérie se révélait chez lui avec les mêmes caractères que chez la femme, ce qui confirme la ressemblance symptomatologique, établie déjà par les mêmes auteurs, de l'hystérie dans les deux sexes.

XIV. — Le malade de Boucher, âgé de 20 ans, né d'un père apoplectique et d'une mère hystérique, éprouve en juin 1884 une première crise avec sensation de boule œsophagienne, puis bientôt, des crises reproduisant les allures de l'hystéro-épilepsie, avec zones d'anesthésie et d'hyperesthésie. Il s'y joignit des phénomènes de léthargie, avec catalepsie, alternant avec du somnambulisme : on put avec les aimants, produire des phénomènes de transfert. La guérison survint sous l'influence de pilules anodines (fer et aloès). H. R.

XV. — Relation d'un cas d'hystérie chez l'homme.

XVI. — Un jeune homme de 20 ans, sous prétexte de calmer des accès de toux, absorbe une forte dose de camphre (20 grammes environ). Le jour même, il est pris de frisson, puis, à table, sent que ses idées se troublent, et, à deux reprises, cesse d'avoir conscience du monde extérieur. Un médecin le fait vomir. Les accidents n'en persistèrent pas moins. Il eut des

hallucinations de la vue, et par moments encore perdit incomplètement connaissance. Dans la suite, les douches l'améliorèrent, mais, au bout de trois semaines, il éprouva des douleurs de tête, une sensation de boule remontant de l'estomac au cerveau, perdit la mémoire, fut pris d'hallucinations de la vue et de l'ouïe, de craintes puériles et de troubles de la sensibilité : il se sentait comme balancé ; croyait qu'il y avait un vide à la place de son nez ou au sommet de sa tête ; ou bien il s'imaginait être grand comme les maisons. En même temps, il eut des pollutions nocturnes et diurnes et resta anaphrodisiaque. Il était entré dans une maison de santé. Tout lui était devenu indifférent ; il se conduisait comme un automate. Enfin, il s'améliora, retourna chez lui ; mais il conserva longtemps encore des craintes vagues, une difficulté particulière d'application, contrastant parfois avec des réponses d'une étonnante précision, qu'il fit à diverses reprises, mais qui, disait-il, provenaient d'un travail inconscient de son cerveau, et qui lui étaient pour ainsi dire impersonnelles. G. DESCOURTIS.

XVII. — Exemple rare d'hystérie dans la paralysie générale chez l'homme. Le sujet, maréchal ferrant, âgé de 39 ans, était grand, robuste, mais présentait une tare héréditaire : son père était en démence depuis quatre ans. Conduit d'abord à Sainte-Anne, on constata quelques-uns des signes de la paralysie générale. Transféré ensuite à Vaucluse, il n'y eut plus de doute possible sur la nature de l'affection. Dans l'espace de huit mois, la maladie s'aggrava, la marche devint difficile, la démence s'accusa et le délire devint incohérent. Brusquement, il fut pris d'une attaque d'hystérie qui fut suivie de beaucoup d'autres. Dans ces attaques, le malade se laissait tomber sans violence. Puis il criait, la bouche largement ouverte, la langue tendue, avec les yeux convulsés en haut, de la bave aux lèvres, une respiration embarrassée et des mouvements dans lesquels il s'étreignait la gorge avec les deux mains. Le corps et les membres se tournaient en tous sens ; enfin le corps se soulevait parfois en arc de cercle, le ventre projeté en avant. Les cris et les pleurs ne faisaient jamais défaut. La température n'a jamais dépassé 37°,6. Le soir du jour où éclatèrent ces crises, on constata une hémianesthésie, qui fit place rapidement à de l'hyperesthésie. En même temps, le délire se modifia : les idées d'orgueil et de satisfaction firent place à des idées hypochondriaques, dépressives. Le malade mourut subitement, et à l'autopsie on constata les lésions caractéristiques de la paralysie générale.

G. DESCOURTIS.

XVIII. — Le meilleur moyen de provoquer, chez les hystériques, la léthargie et l'excitation de certaines zones, dites léthargogènes, qui ne sont en réalité qu'une variété des zones hypnogènes. Bien que pouvant siéger sur des points très différents, elles existent le plus souvent dans la région sous-mammaire. Sans aucun rapport avec la sensibilité, facilement transférables d'un côté à l'autre au moyen d'un aimant, toujours cutanées, elles sont ordinairement complètes, c'est-à-dire que leur excitation fait passer le malade sans intermédiaire de l'état de veille à l'état léthargique.

Outre la suggestion, qui peut faire cesser cet état, il existe encore d'autres zones dont la pression produit le même résultat ; ce sont des zones dites léthargofrénatrices...

Tantôt cutanées, tantôt profondes, elles occupent des sièges variables, pouvant être exactement symétriques du côté opposé du corps où se trouvent les zones léthargogènes : incomplètes, elles laissent la malade à l'état hypnotique ; elles peuvent être déplacées ou supprimées par l'aimant ou la suggestion.

L'excitation de ces différentes zones peut trouver une application utile dans certains cas d'attaques convulsives ou léthargiques. OZENNE.

De l'existence fréquente de la fièvre chez les chlorotiques, par F. LECLERC (*Thèse de Lyon*, 1885).

H. Mollière avait montré, par une série d'observations, qu'on trouvait fréquemment un état de fièvre légère chez les chorotiques (Voy. *R. S. M.*, XXIV, 508). Un de ses élèves, Leclerc, a étendu le cercle de ses recherches et complété les premières indications de son maître. La première partie de ce travail, étude historique sommaire, montre que cette manifestation pyrétique a passé la plupart du temps inaperçue ou a été mal interprétée.

Dans trente cas de chlorose vraie, où la température a été relevée avec le plus grand soin, Leclerc a pu constater des oscillations variant de 37°6 (minimum) à 38°6 (maximum). La fièvre revêt deux formes : ou une fébricule continue avec oscillations peu appréciables, ou une fébricule avec exacerbations. Mais il ne faut pas oublier qu'un accident très simple, banal, peut donner lieu à une poussée fébrile plus accentuée ; la susceptibilité des chlorotiques est, à ce point de vue, tout à fait comparable à celle des enfants.

La durée de la fièvre est très variable et correspond en général à la lenteur du retour à la santé. La fréquence est difficilement appréciable; ce qu'on peut dire, c'est qu'elle n'existe pas d'une façon constante. Il est difficile de donner de ces poussées pyrétiques une interprétation satisfaisante, et les recherches expérimentales entreprises par l'auteur n'ont pas donné de résultats bien démonstratifs. A. CARTAZ.

I. — Du rôle des parasites dans le développement de certaines tumeurs. Fibro-adénome du rectum produit par des œufs de distomum hœmatobium, par BELLELI (*Progrès méd.*, 25 *juillet* 1885).

II. — Ueber multiple Vorkommen von Tænia (Sur le développement multiple du tænia), par C. LAKER (*Deutsch. Arch. f. klin. Med., Band XXXVII, p.* 487).

III. — Ueber das autochtone Vorkommen. u. s. w. (Sur l'apparition autochtone du bothriocéphale à Munich et sur la répartition géographique des vers rubanés), par O. BOLLINGER (*Ibid., Band XXXVI, Heft* 3-4, *p.* 277).

IV. — Intorno a tre casi di Cisticercus cellulosœ Rudolphi nel cervello dell' uomo (Cysticerque dans le cerveau), par Ernesto PARONA (*Torino*, 1885).

V. — Hydatid tumors of the brain (Hydatides du cerveau), par Harvey REED (*The journ. of the Americ. med. Association, vol. V, n°* 1, 4 *juillet* 1885).

VI. — Note sur un cas de cysticerque celluleux de l'encéphale, par D. BERNARD (*Arch. de neurologie, vol. VII, p.* 218).

VII. — The metamorphosis of filaria sanguinis hominis in the mosquito, par Patrick MANSON (*Arch. de méd. navale*, 1884).

VIII. — L'ankylostome duodénal et l'anémie des mineurs, par TROSSAT et ERAUD (*Loire médicale*, 15 *août* 1885).

IX. — L'ankylostome duodénal dans le bassin de Liège, par MASIUS et FRANCOTTE (*Bull. de l'Acad. de méd. de Belgique*, n° 1, 1885).

X. — Relazione intorno alla cura dei minatori del Gottardo, par E. PARONA (*Varese*, 1885).

XI. — Ueber Anchylostoma duodenale bei den Ziegelarbeitern (Ankylostomiase des briquetiers des environs de Cologne), par LEICHTENSTERN (*Soc. méd. de Cologne*, 8 *juin, et Deutsche med. Woch.*, n° 28, 1885).

XII. — Sur quelques affections parasitaires du poumon et leur rapport avec la tuberculose, par F. LAULANIÉ (*Arch. de physiol.*, 15 *novembre* 1884).

XIII. — Contribution à l'étude du dragonneau observé chez les Nubiens des régiments nègres du Caire, par Ahmed FAHMY (*Thèse de Paris*, 1885).

I. — Un enfant de 12 ans présentait depuis deux ans de l'hématurie et des symptômes dysentériques. On s'aperçut qu'une tumeur apparaissait à l'anus pendant les efforts de défécation. L'urine claire contient des œufs de Bilharzia ; le toucher rectal révèle l'existence d'une tumeur grosse comme une pomme, implantée à 5 centimètres de l'anus par une large base.

La tumeur fut extirpée à l'aide de l'écraseur ; elle est rouge, molle, lobulée, et contient de petits kystes remplis d'une substance gélatineuse, jaune, ne contenant pas d'œufs. Ceux-ci existent en grand nombre dans la trame de la tumeur. L'examen histologique montre des tractus de tissu conjonctif plus ou moins épais, limitant des alvéoles, remplis par des amas de glandes en tubes ; le tissu conjonctif interalvéolaire est tantôt fibreux, tantôt à l'état embryonnaire ; il renferme les œufs et des embryons libres du distomum, qui sont pour la plupart en dehors des vaisseaux. Ces œufs sont le plus souvent disposés en groupes considérables ; le tissu interalvéolaire, formé surtout d'éléments fibrillaires et de nombreuses cellules, contient des œufs moins abondants, et la plupart isolés.

Les glandes en tube sont très modifiées et, au lieu d'être simples ou bifurquées, présentent jusqu'à cinq subdivisions. Les glandes augmentées de nombre sont donc déviées de leur type. H. L.

II. — Une paysanne qui mangeait souvent de la viande de porc crue, rendit en une seule fois 59 tænias enroulés en un paquet. Malgré cela, il est certain que quelques-uns ont échappé à la numération. Il est évident que cette femme avait avalé un certain nombre de cysticerques qui se sont développés simultanément dans son intestin. A. M.

III. — Depuis quatre à cinq ans, Bollinger a vu à Munich ou aux environs huit bothriocéphales. Jusque-là on ne connaissait guère ce parasite que chez les individus faisant usage dans leur alimentation des poissons des lacs de la Suisse. Il semble qu'en Bavière il faille accuser les saumons du lac de Sternberg, ce qui prouve que le bothriocéphale gagne du terrain.

Quant au tænia solium, il diminue beaucoup de fréquence. Le tænia mediocanellata (inermis ou vaginata) devient au contraire plus fréquent : c'est que la surveillance sur la viande du porc est d'une véritable efficacité contre le premier, et que le second est plus difficile à découvrir dans la viande de bœuf. A. M.

IV. — Le mémoire de Parona comprend deux observations intéressantes. L'une a trait à un homme de 40 ans, mort de carie du sacrum, et à l'autopsie duquel on trouva de nombreux cysticerques celluleux dans le cerveau, le cœur, les muscles du tronc et des membres, sans symptomatologie particulière. L'autre, beaucoup plus complète, concerne une jeune femme qui fut

prise d'abord de malaises abdominaux, coliques, vomissements, angoisse épigastrique, dans l'hiver de 1883. Au mois de mars de la même année, survint, sans cause connue, de l'embarras de la parole et de la gêne dans l'articulation des mots, ainsi que de l'affaiblissement des membres. En août, attaque soudaine, débutant par une douleur vive à la jambe gauche, qui devint anesthésique, puis se complétant par une hémiplégie totale avec aphasie : les jours suivants, accès convulsifs alternant avec la paralysie. Ces secousses cloniques envahissaient les membres et les muscles de la face, à la façon d'une crise épileptiforme, qui durait de quatre à cinq minutes.

Dans ces conditions, le médecin traitant eut l'idée d'administrer de l'extrait éthéré de fougère mâle : la malade rendit une masse d'helminthes, parmi lesquels on put reconnaître un bothriocéphale et un tænia solium. A partir de ce moment, amélioration rapide des symptômes et disparition des crises épileptiformes, mais persistance de l'hémiplégie et de l'aphasie. Ces derniers symptômes eux-mêmes s'amendèrent, et la malade put quitter l'hôpital presque guérie. Mais en avril 1884, elle y rentra, sous le coup d'une nouvelle attaque d'apoplexie, avec retour de l'aphasie et de l'hémiplégie gauche. A partir de ce moment, affaiblissement graduel de l'intelligence, paralysie vésicale, et mort dans le coma, comme dans le cours du ramollissement cérébral.

Autopsie. — Au-dessous de la pie-mère, étroitement adhérente aux circonvolutions, on trouve une série de petits corpuscules sphéroïdaux variant de la grosseur d'un grain de mil à celle d'un petit pois. Au niveau de la scissure sylvienne gauche, on trouve dans l'insula de Reil un corpuscule vésiculeux, translucide, qui n'est autre chose qu'un cysticerque celluleux : deux autres sont rencontrés au niveau de la corne postérieure du ventricule latéral droit, et au voisinage du pédoncule cérébral droit. L'examen de ces cysticerques montre la tête du tænia solium et la double couronne de crochets.

Cette observation est intéressante par la coexistence sur le même sujet, des cysticerques du tænia adulte et du bothriocéphale.

Le mémoire de Parona se termine par une bibliographie très complète de tous les cas de cysticerques du cerveau signalés dans la littérature italienne.

V. — Harvey Reed fait connaître quelques faits inédits d'hydatides du cerveau.

Obs. 1. — Homme de 46 ans, de forte constitution. En 1880, il commence à éprouver de la fatigue physique et intellectuelle ; puis des vertiges qui se répètent au point d'empêcher complètement la marche : bientôt apparaissent des vomissements et une tendance particulière de la tête à se renverser en arrière. La maladie se termina par une somnolence progressive et un coma final. A l'autopsie, on trouva un ramollissement de l'hémisphère droit, causé par un kyste hydatique situé dans le ventricule latéral et entouré d'une zone de ramollissement avec suppuration..

Obs. 2. — Homme de 28 ans. Début par une toux opiniâtre et quinteuse, avec parésie du bras droit, puis douleurs du côté gauche de la tête ; bientôt diplopie et troubles de la vue ; finalement crises dyspnéiques aboutissant à l'asphyxie. On trouva un volumineux kyste hydatique localisé dans le ventricule latéral gauche et comprimant le cervelet.

Obs. 3. — Début en 1882 par de la dyspnée et de la dysphagie ; bientôt accès d'asthme croissant, incertitude de la marche sans paralysie, mort de consomption. Quatre kystes hydatiques dans les deux ventricules. H. R.

VI. — Dans le cas de Bernard trois vésicules rencontrées à l'autopsie, se trouvaient, l'une en avant du chiasma, l'autre au niveau du pied de la 2e frontale, la troisième enfin dans la paroi même du 4e ventricule. Les deux premières déterminèrent peu ou point de phénonènes pathologiques, quant à la dernière, elle provoqua des troubles multiples, et dans la circulation du liquide cé-

phalo-rachidien et dans le fonctionnement des nerfs facial et auditif, en raison du siège exceptionnel qu'elle occupait.

VII.—L'auteur rappelle que ce parasite est un petit embryon nématode qui, dans certaines régions chaudes du globe, fourmille dans le sang de l'homme. Il provient d'une filaire mûre qui vit dans les vaisseaux lymphatiques, les jeunes pénétrant dans la circulation sanguine en même temps que la lymphe chez l'homme; on n'a pas trouvé jusqu'ici de forme intermédiaire entre la filaire adulte et son embryon. Aucun fait ne prouve que dans l'organisme humain le développement du parasite dépasse la forme embryonnaire et dans celle-ci, on n'a découvert non plus aucun détail de structure qui permette de supposer que l'embryon puisse passer d'un sujet à l'autre. Il semble donc tout à fait plausible que, comme plusieurs autres parasites, il a besoin d'emprunter les services d'un hôte intermédiaire, de façon à pouvoir se développer pour passer ensuite chez son hôte définitif. L'animal qui sert d'intermédiaire doit avoir une distribution géographique en corrélation avec celle de la filaire, et doit être nocturne dans ses habitudes. Cette dernière condition est exigée par ce fait bizarre dans l'histoire de la filaire, que l'embryon n'apparaît dans le sang que pendant la nuit.

Le moustique filarien de Manson est un insecte brun long d'environ 5 millimètres, couleur de tabac, sans aucun signe particulier, ce qui le différencie du moustique tigré.

Des observations très nombreuses et très détaillées paraissent établir :

1° Que le moustique qui pompe du sang humain filarié, ingère l'embryon de la filaria sanguinis hominis;

2° Que cet embryon en se développant dans le corps de l'insecte, y subit de grands changements et que finalement il l'abandonne sous la forme d'un animal grand et vigoureux, armé pour une vie indépendante.

L'animal arrive à son complet développement en 7 jours environ. Le corps de la jeune filaire qui mesure en largeur 1/100 de millimètre dans le sang humain, a déjà atteint au 2e jour de son passage dans le corps du moustique, une largeur de 5/100 et une longueur de 38/100 de millimètre. La filaire ayant subi ces différentes métamorphoses, prête à quitter le corps de l'insecte qu'elle a tué et dont elle s'est nourrie, mesure environ 1^{mm},58.

L'animal adulte n'a pu être que rarement étudié depuis Bancroft; le mâle n'a été rencontré qu'une fois au Brésil par Aranjo et Dos Santos : il était extrêmement petit et étroitement lié à la femelle. Celle-ci a été plus facilement observée, Manson la compare à un mince fil de catgut animé et frétillant. Un canal digestif étroit s'étend depuis la tête arrondie jusqu'à une courte distance de la queue, le reste du corps étant exclusivement réservé aux organes reproducteurs. L'extrémité céphalique est munie d'une bouche circulaire et dépourvue de papilles. Le vagin s'ouvre à environ 2 millimètres de la tête : il est très court et bifurqué en deux canaux utérins, qui, remplis d'embryons de tous les âges, s'étendent jusqu'à la queue. Sous le microscope, on voit sortir des embryons parfaits, absolument semblables à ceux que l'on retrouve dans le sang. L'animal est donc vivipare comme l'avait affirmé Lewis.

La filaire mère a son habitat propre dans un vaisseau lymphatique. Les œufs et les embryons parfaits sont versés dans le courant de la lymphe;

de là, ils sont charriés jusqu'aux ganglions et comme ils n'ont guère qu'un centième de millimètre de largeur, ou à peu près la largeur de la plupart des corpuscules lymphatiques qui les accompagnent, ils n'éprouvent aucune difficulté à parcourir les petits vaisseaux dans lesquels les déversent les lymphatiques afférents. L'embryon, grâce à ses mouvements vigoureux, ne tarde pas à traverser le parenchyme ganglionnaire, émerge dans les vaisseaux afférents, traverse ganglion sur ganglion, se retrouve dans le canal thoracique et finalement dans le sang lui-même. Une fois dans la circulation générale, les embryons s'accumulent jusqu'à atteindre fréquemment le nombre de 100 dans une goutte de sang, mais ils cessent de se développer; leur état reste stationnaire tant qu'ils ne sortent pas de l'organisme qui leur a servi d'hôte.

Bien que les rapports de la filaire et du moustique paraissent établis par ce qui précède, la preuve expérimentale serait faite si l'on arrivait à *filarier* un homme ou un animal, au moyen de filaires métamorphosées par leur passage dans le moustique. Manson avoue qu'il n'a eu ni assez de courage, ni assez de ferveur scientifique pour l'expérimenter sur lui-même, mais il est convaincu qu'une tentative de ce genre, convenablement conduite (et il donne un manuel opératoire très détaillé) aboutira à des résultats positifs. HASSLER.

VIII. — Après avoir résumé les travaux de Perroncito, Riembault, Manouvriez, Lesage, Dransart, Fabre, etc., les auteurs donnent le résultat de leur propre expérience. D'une part ils ont observé un grand nombre de mineurs anémiques qui n'étaient pas atteints d'ankylostomes; d'autre part ils ont trouvé plusieurs mineurs porteurs d'un assez grand nombre d'ankylostomes (30 à 50), et qui n'avaient aucun symptôme d'anémie. Les faits de Mayer, de Marius et Francotte, de M. Connell (de Calcutta) donnent des résultats analogues. Aussi les auteurs se croient-ils en droit de formuler les conclusions suivantes :

1° L'ankylostome duodénal n'est pas la cause essentielle de l'anémie des mineurs;

2° On ne saurait mettre en parallèle la maladie épidémique du Saint-Gothard (ankylostomiase), et l'anémie des houilleurs.

GASTON DECAISNE.

IX.— Les auteurs ont observé trois cas d'ankilostomiase chez des mineurs des houillères des environs de Liège. Deux des malades sont morts; le premier en présentant de la leucémie et une altération de la moelle des os; le second, une adipose généralisée. Chez ce dernier, il n'y avait dans l'intestin qu'un seul ankylostome; Marius et Francotte pensent que les parasites ont quitté l'intestin quand l'anémie est devenue telle que les conditions de leur existence n'ont plus été remplies. Cette émigration spontanée des vers a été déjà signalée par Parona. Le troisième malade qui présentait des phénomènes typhiques à son entrée à l'hôpital a été reconnu atteint d'ankylostomiase, à la suite d'un examen des matières fécales, et a été guéri après l'administration d'une dose de 10 grammes d'extrait éthéré de fougère mâle. F. H.

X. — L'auteur, directeur de l'hôpital de Varese, a traité dans son service 249 mineurs du tunnel du Saint-Gothard, atteints de dysenterie due à la présence de l'ankylostome duodénal. Tous sont sortis guéris; la durée du traitement a varié de 178 jours à 5 jours; en moyenne 15 à

5 jours. Un grand nombre de médicaments ont été expérimentés : le kamala, l'écorce de racine de grenadier, le kousso, l'essence de térébenthine, l'acide phénique, l'acide benzoïque, le benzoate de soude, l'acide thymique, la benzine, la glycérine, le chloral, l'arsenic, le sublimé, la pelletiérine, l'extrait de basilic, la santonine, le calomel, le jalap, etc. Le remède le plus efficace a été l'extrait éthéré de fougère mâle.

Une purgation ayant été administrée la veille, et le malade étant mis à une demi-diète, on lui donnait de 2 à 4 grammes d'extrait de fougère mâle fraîchement préparé en suspension avec 10 grammes de gomme arabique dans 30 grammes d'eau de fenouil; une dose semblable pouvait être donnée le soir et les jours suivants. Cette médication était très bien supportée par les malades, qui se trouvaient rapidement débarrassés de leurs parasites. L'anémie consécutive à la dysenterie était traitée par le lactate de fer et la fève de Saint-Ignace. F. H.

XI.—Leichtenstern a observé 36 nouveaux cas d'ankylostomiase dans les briqueteries des environs de Cologne, à joindre aux 11 cas déjà publiés. Ce total de 47 observations lui a fourni des éléments intéressants. Pour trouver l'origine de l'épidémie, il a examiné une série d'ouvriers de diverses provenances, employés aux travaux de terrassement, aux fortifications, et par conséquent exposés comme les briquetiers aux souillures de la terre et de l'eau fangeuse. Or, ces ouvriers étaient indemnes; le sol de Cologne ne peut donc être incriminé d'une façon générale.

Mais les briquetiers forment une corporation spéciale de sujets belges qui travaillent en hiver aux mines de Liège, de Mons, où l'ankylostome est endémique et qui viennent à Cologne au printemps avec femmes et enfants. Les matières fécales qu'ils déposent très près du champ où ils travaillent contiennent des millions d'œufs d'ankylostome; ces œufs ne peuvent éclore dans l'intestin, mais se développent rapidement dans l'eau fangeuse, dans l'argile humide qui constitue la pâte des briques. L'argile qui souille les mains au moment du repos, qui éclabousse la face, est un excellent véhicule pour les larves; celles-ci vont ensuite dans l'intestin se développer à l'état de vers; les larves existent également dans l'eau que consomment les sujets. L'ankylostomiase paraît donc être d'importation belge.

On sait que la fécondité de l'ankylostome est prodigieuse, puisque certains malades expulsent jusqu'à 1,000 ou 1,500 vers mâles et femelles. Aussi les ouvriers, même guéris, ne sont-ils jamais à l'abri des récidives s'ils retournent au champ contaminé.

L'auteur a remarqué la localisation de l'ankylostomiase dans les équipes qui préparent la pâte; les ouvriers employés au four, ceux qui cuisent les briques, ne sont presque jamais atteints.

Il décrit les signes connus : anémie extrême avec ses conséquences, inappétence, douleur sternale, épigastrique et hypochondriaque droite; il faut y ajouter dans quelques cas spéciaux le gonflement de la rate, la fièvre vespérale, l'albuminurie. Le meilleur traitement est l'extrait de fougère mâle, à la dose de 10 à 20 grammes, qu'il faut répéter souvent plusieurs jours de suite jusqu'à guérison complète.

La prophylaxie consistera dans l'examen minutieux des ouvriers admis aux briqueteries, la construction de latrines isolées, la distribution d'eaux pures, et surtout l'instruction dispensée aux sujets sur les dangers de la

maladie ; ce dernier point est le plus difficile en pratique, tant les résistances sont grandes. L. GALLIARD.

XII. — Les recherches de Laulanié l'ont conduit aux conclusions suivantes :

1° Les parasites du poumon déterminent dans cet organe des altérations inflammatoires, dont la forme dépend de deux facteurs : 1° l'énergie de l'irritant; 2° l'irritabilité du tissu provoqué.

2° Les œufs du strongylus vasorum (Baillet) qui se développent dans les artérioles amènent le développement de vascularités noduleuses à type endogène ou à type exogène qui reproduisent les caractères histologiques du tubercule élémentaire.

3° Les œufs de l'Ollunanus tricuspis (Leuckhardt) et du Pseudalius ovis bronchialis (Koch) qui se développent dans les alvéoles pulmonaires y provoquent une diapédèse abondante de leucocytes ou une infiltration embryonnaire des parois alveolaires.

Ces différences mettent en évidence l'influence de l'irritabilité propre du tissu.

L'action de l'autre facteur, l'énergie de l'irritant est démontrée par les effets de l'aspergillus glaucus.

4° Des parasites plus subtils comme l'Aspergillus glaucus, dont les spores abandonnent les vaisseaux pour envahir les alvéoles déterminent des foyers circonscrits d'inflammation interstitielle ou alvéolaire à base épithélioïde et qui tendent à la dégénérescence caséeuse.

5° L'analogie des pneumonies aspergillaires avec les pneumonies tuberculeuses du lapin justifie la présomption que ces dernières sont placées sous la dépendance immédiate de la diathèse et répondent à la diffusion des bacilles hors des vaisseaux. A. GILBERT.

XIII. — L'intérêt de ce travail réside dans la question étiologique. L'auteur fait remarquer que les troupes égyptiennes proprement dites ne sont jamais atteintes du dragonneau, tandis que les contingents nubiens et soudaniens en présentent de nombreux exemples. Il attribue cette différence à ce que les Nubiens marchent pieds nus dans un sol vaseux, souvent détrempé par les pluies et peuplé par d'embryons parasitaires. Il n'accepte qu'avec beaucoup de réserve l'opinion émise par Leuckhardt et Fedschenko, à savoir que la filaire de Médine est avalée avec les boissons et qu'elle pénètre d'abord dans le tube digestif. Il croit au contraire à la pénétration directe de l'embryon femelle, déjà fécondé, sous la peau peut-être par l'intermédiaire des follicules pileux.

Quant à la pullulation directe du dragonneau dans l'intérieur du corps humain, c'est une théorie qui ne paraît guère admissible. La filaire a beau être gorgée d'embryons à maturité, on ne voit jamais ceux-ci se développer au sein du tissu cellulaire : ceci vient à l'appui des idées de Fedschenko, qui pense que les jeunes embryons de filaire passent une partie de leur existence dans le corps des cyclopes, petits crustacés qui pullulent dans les eaux stagnantes. Ce ne serait qu'après cette phase de développement que les jeunes filaires seraient aptes à être fécondées et à s'introduire sous la peau de l'homme. Jusqu'ici, on n'a jamais trouvé la filaire mâle. H. R.

A contribution to the study of diphteria of the œsophagus, par H.-D. FRY (*Americ. journ. of med. sciences, octobre* 1885).

Jeune fille de 18 ans. Début de l'affection par de la métrorragie, puis des crachements de sang. Sur l'amygdale on constate des plaques de diphtérie. L'hémorragie pharyngée continue pendant 2 jours; on retire des pseudomembranes; mais l'état général reste grave. Au 5e jour, l'hémorragie reparaît, s'accompagne d'épistaxis et dans un effort violent de toux et de nausées, la malade rejette une fausse membrane représentant le moule de l'œsophage, de 37 centimètres 1/2 de longueur. Morte d'épuisement le 6e jour.

A propos de cette observation personnelle, l'auteur a résumé l'histoire de cette rare affection. Il a réuni 14 cas, 7 de diphtérie primitive, 7 de diphtérie secondaire. Dans la plupart des cas, la lésion n'a été constatée qu'à l'autopsie; elle ne présente en effet aucun symptôme caractéristique autre que l'expulsion des membranes qu'on peut souvent croire venues d'une autre source. A. C.

Klinisches und Kritisches zur Lehre von der Perforationperitonitis (Étude clinique et critique sur la péritonite par perforation), par EBSTEIN (*Zeitschrift für klinische Medicin, Band IX, Heft* 3, *p.* 208-244).

Ebstein étudie quelques-uns des principaux symptômes de la péritonite par perforation, en particulier le gonflement du ventre, — le tympanisme — et les vomissements.

1° Le gonflement du ventre n'est pas un symptôme constant. Quand il existe, il s'accompagne d'une tension particulière. Cette tension peut aussi se produire alors que le gonflement est empêché par la contracture des muscles de la paroi. Dans certains cas très rares, il n'y a pas, malgré la perforation, d'épanchement d'air dans le péritoine; ce fait semble se produire plus facilement dans les ruptures circulaires de l'intestin par suite de la rétraction des deux bouts divisés et dans les perforations de l'estomac où les aliments sortent quelquefois seuls. Il ne se produit pas alors de gonflement.

Chez quelques malades, au lieu d'une tuméfaction régulière, on voit des bosselures dues aux anses intestinales distendues. Ces bosselures peuvent même présenter des mouvements péristaltiques. Ce signe est important, car il indique que le météorisme est intestinal et non péritonéal, mais il manque souvent. Il ne faudrait donc tirer de son absence aucune conclusion.

2° Le tympanisme existe dans tout l'abdomen, mais il est d'autant moins prononcé à la percussion que la tension est plus forte. Ordinairement c'est au niveau de l'épigastre que la tension atteint ce *maximum*. En ce point, il arrive parfois qu'on éprouve à la palpation une sensation de faiblesse, d'amincissement de la paroi tout à fait particulière.

La disparition de la matité du foie, surtout quand cet organe avait déjà été percuté avant la perforation, est un symptôme de grande valeur. Cette disparition est dans quelques cas complète; dans d'autres cas, elle ne se fait que des deux côtés de la ligne médiane. On a même vu des péritonites par perforation où la matité hépatique avait entièrement persisté.

Le plus souvent le foie était alors retenu à la paroi par des adhéren-

ces, ou bien la rapidité de la mort n'avait pas laissé à l'épanchement gazeux le temps de se produire. Dans quelques observations mêmes, on peut supposer que la perforation trouvée à l'autopsie s'était faite *post mortem*.

3° Les vomissements ne manquent presque jamais dans les perforations de l'intestin ; ils manquent au contraire souvent dans celles de l'estomac ; les matières liquides ou solides passent, en effet, par la perforation, au lieu de refluer dans l'œsophage. Quand l'ouverture est très petite, le vomissement peut cependant avoir lieu ; il en est de même quand une ouverture bien que considérable est bouchée par le contact des organes voisins. On comprend que chez certains malades cette suppression des vomissements pourra devenir un signe de perforation de l'estomac.

Ebstein fait remarquer en terminant que les symptômes de la péritonite par perforation sont loin d'être précis. Il faudra donc tenir grand compte pour le diagnostic de l'état général, de la sensation de déchirure au moment de l'accident. On a proposé de rechercher la succussion — les déplacements de l'épanchement gazeux quand le malade change de position. Ce sont là des moyens d'exploration fort dangereux et qui sont absolument à rejeter. M. DEBOVE.

Ueber eine besondere Form der Hämorrhagie an den Unterextremitäten (Forme particulière d'hémorragie des extrémités inférieures), par ENGLISCH (*Soc. des méd. de Vienne*, 5 *juin* 1885).

Il s'agit d'une sorte de scorbut grave, mais avec fièvre, avec phénomènes inflammatoires phlegmoneux qui déterminent l'entrée des malades dans les services de chirurgie. L'auteur en a observé cinq cas.

Brusquement, sans cause connue, les sujets éprouvent de vives douleurs aux membres inférieurs ; frissons, fièvre pouvant durer plusieurs semaines. Au bout de trois ou quatre jours, la jambe est gonflée, les vaisseaux se dessinent sous la peau, les mollets se durcissent, il y a une tension considérable de tous les tissus due à l'infiltration sanguine profonde ; la jambe se fléchit sur la cuisse. L'état inflammatoire dure quelques jours, une ou deux semaines, mais il aboutit rarement à la suppuration, il rétrocède d'une façon spéciale.

Tous les tissus diminuent de volume sans perdre leur consistance, surtout les muscles ; en même temps le tissu conjonctif s'épaissit et forme autour du squelette une gaîne rigide. De là une extrême difficulté de la marche. Les muscles subissent, ainsi que l'auteur l'a vu dans une autopsie, une atrophie complète et sont remplacés par du tissu fibreux. Le pronostic est donc très grave et la guérison presque impossible à espérer. L'atrophie musculaire est inévitable ; même dans les cas légers les membres restent privés de leurs fonctions ; dans les cas graves, les membres semblent fixés dans un tissu cicatriciel résistant.

Cette affection diffère du scorbut par l'absence de cause spéciale et de prodromes, l'absence d'infiltration sanguine de la peau, de lésion des gencives, de troubles viscéraux. L'extravasation sanguine ou séro-sanguine paraît se faire d'une façon diffuse le long des vaisseaux

au lieu de former des foyers circonscrits. Il y a de plus une fièvre intense.

Est-ce une maladie infectieuse? Le sang semble avoir subi les mêmes altérations que dans l'ostéomyélite aiguë, mais on n'a pas vu là de microorganismes.

La vitalité des sujets est profondément atteinte; un d'eux est devenu tuberculeux et a succombé au bout de deux ans; un autre est mort en trois ans de la même maladie; un troisième est tombé dans le marasme et n'a survécu que deux ans.

Enfin, il faut tenir compte des vives douleurs et des phénomènes vasculaires pour fixer le rôle des nerfs vaso-moteurs.

Traitement : massage, électricité, bains. L. GALLIARD.

De l'albuminurie dans la variole, par Pierre BOURGIN (*Thèse de Lyon*, 1885).

L'albuminurie de la période aiguë de la variole peut se montrer dans toutes les formes de la maladie, même dans de simples varioloïdes; elle peut faire défaut dans les formes confluentes. Elle apparaît ordinairement à la période d'invasion et cesse à la fin de la période d'éruption. Elle ne se révèle par aucun signe clinique et n'influe nullement sur la marche de la variole.

L'albuminurie est une complication fréquente de la convalescence de la variole. Elle peut se rencontrer même dans de simples varioloïdes; les malades ne présentant aucune trace de vaccination paraissent y être plus prédisposés. Elle apparaît du 20e au 25e jour, peut se compliquer d'anasarque et de crises d'éclampsie; le pronostic en est toujours grave.

L'auteur rattache l'apparition de l'albuminurie à un œdème aigu du rein, le plus souvent *à frigore*. A. C.

Ueber das Wiederkauen beim Menschen (La rumination chez l'homme), par JOHANNESEN (*Zeitschrift für klinische Medicin, Band X, Heft* 3, *p.* 274-298).

Chez le malade observé par Johannesen, le mérycisme a débuté à quatre ans après une rougeole; il survient un quart d'heure environ après le repas et ne porte guère que sur le tiers des aliments ingérés. Sa durée varie de dix minutes à une heure. La rumination est absolument involontaire; les efforts pour la provoquer ou l'empêcher sont douloureux et souvent inutiles; pourtant le malade peut, par des contractions de l'œsophage refouler dans l'estomac les aliments qui refluent vers le pharynx. La rumination spontanée est facile et même très agréable surtout si les boissons ont été prises abondamment; les émotions, la contrariété empêchent la rumination. Les vomissements chez ce malade sont très rares et toujours extrêmement pénibles; jamais il n'a eu de renvois acides.

Le cathétérisme œsophagien est très facile et semble indiquer un certain relâchement du cardia. L'examen ne permet de constater ni diverticule ni dilatation de l'estomac. Au moment de la rumination on ne constate ni l'appel d'air, ni les éructations sonores signalées chez quelques malades. Ce phénomène semble donc être plutôt d'origine nerveuse que d'origine mécanique.

Il convient de signaler au point de vue des rapports qu'on a parfois signalés entre le mérycisme et l'épilepsie que l'un des frères du malade est épileptique. (*R. S. M.*, XXV, 28; XXVI, 432.) M. DEBOVE.

Ueber Darmschwindel (Sur le vertige intestinal), par W. LEUBE (*D. Arch. f. klin. Med., Band XXXVI, Heft* 3 *u.* 4, *p.* 323).

L'auteur cherche à établir qu'il existe un vertige d'origine intestinale très comparable au vertige stomacal. Il se fonde sur trois observations. Dans les trois cas, il s'agissait d'individus qui furent pris de malaise et de vertige pendant qu'il leur pratiquait le toucher rectal. A. MATHIEU.

Études sphygmographiques relatives aux maladies du cœur et de l'aorte, par M. RIFAT (*Thèse de Paris*, 1885).

Voici les conclusions de ce travail : Si l'on prend le tracé graphique de l'artère radiale, en la comprimant au-dessous du sphygmographe on a une amptitude exagérée du tracé et un moyen plus parfait de diagnostic. Le crochet des tracés sphygmographiques ne se trouve que dans l'insuffisance de l'aorte et dans l'ectasie aortique ; on ne l'observe ni dans la fièvre typhoïde, ni dans la chlorose, ni dans les hémorragies abondantes. Dans l'athérome simple, malgré la grande amplitude des pulsations, on trouve, soit avec pression, soit sans pression, le tracé d'athérome ; mais il n'y a pas de crochet. Lorsque la dilatatation aortique est plus considérable, le tracé accuse le crochet, qu'il y ait ou qu'il n'y ait pas de pression. Dans le rétrécissement de l'aorte avec insuffisance aortique ; si l'on ne fait aucune pression sur l'artère c'est le rétrécissement qui se dessine sur le tracé ; si, au contraire, on presse sur l'artère, c'est l'insuffisance aortique avec ectasie. Dans les cas de rétrécissement de l'aorte on obtient sans pression le tracé du rétrécissement ; avec pression, on a le crochet de l'ectasie. DASTRE.

GYNÉCOLOGIE.

Du cloisonnement pelvien antéro-postérieur. Ses rapports avec la malformation utérine (utérus bicorne, bilobé), par SECHEYRON (*Ann. de Gynécologie, avril-mai-juin* 1885).

L'auteur relate des observations d'utérus bicorne ou bilobé accompagné d'une bride pelvienne antéro-postérieure. Cette bride qu'il appelle vésico-rectale part, en effet, de la face postérieure de la vessie pour se réunir à la face antérieure du rectum, et sépare les deux cornes ou les deux moitiés de l'utérus. Elle se produirait pendant la vie intra-utérine, par une anomalie du développement. Les conjectures qu'on peut former sur son mode de formation, sa structure permettent de la considérer comme une dépendance du péritoine. On conçoit d'ailleurs aisément que, située entre les deux canaux de Müller, elle mette obstacle à leur union et qu'elle ait une influence prépondérante dans l'anomalie de développement du corps utérin, qui, plus ou moins profondément échancré, peut prendre la forme d'utérus bicorne ou d'utérus bilobé.

L'étude de cette bride n'a pas seulement un intérêt embryogénique,

elle peut en offrir au point de vue pathologique. On comprend que l'intestin puisse s'étrangler dans le cul-de-sac utéro-rectal, accident dont le diagnostic serait très difficile.

Cette bride peut encore être une cause de présentation vicieuse, d'obstacle à la dilatation du col et à la progression de la partie fœtale. Elle peut donc conséquemment être une cause de rupture utérine. Cela résulte de l'observation présentée par Secheyron et de quelques autres cas qu'il a réunis. PORAK.

Du prolapsus de la paroi abdominale, par GUENIOT (*Arch. de tocol., mai* 1885).

Le tissu cellulaire sous-cutané peut être surchargé de tissu adipeux au point de constituer un prolapsus superficiel de la paroi abdominale antérieure. Cette variété a déjà été l'objet d'un mémoire publié par Gueniot en 1878 dans les *Archives de tocologie*. Actuellement l'auteur s'occupe du relâchement de la paroi abdominale, de l'écartement des muscles droits, de l'affaiblissement de la ligne blanche, permettant aux viscères abdominaux de faire saillie en dehors. Cette variété constitue un prolapsus profond; c'est d'une véritable éventration qu'il s'agit. L'auteur parcourt la symptomatologie, le diagnostic, l'étiologie, le pronostic et le traitement de cet état. Il insiste en particulier sur les caractères différentiels du prolapsus superficiel et du prolapsus profond. Il recommande l'emploi d'une ceinture spéciale pour maintenir ce prolapsus et en donne la figure. PORAK.

De l'hypertrophie totale de l'utérus, par Ch. LABBÉ (*Arch. gén. de méd. mars, mai et juin* 1885).

Après une revue d'ensemble et une classification des diverses variétés d'hypertrophie totale de l'utérus, l'auteur étudie spécialement l'hypertrophie acquise et idiopathique. Celle-ci est le fait d'une infiltration myomateuse qui, au lieu de s'être localisée en un point de l'utérus pour donner naissance à un myome, s'est généralisée à toutes les parois de l'organe. Elle présente d'ailleurs deux variétés bien distinctes : 1° l'hypertrophie fibro-myomateuse pure ; 2° l'hypertrophie myo-télangiectasique ou caverneuse. Dans la première variété, la lésion consiste en une néoformation de faisceaux conjonctifs et surtout de fibres musculaires lisses irrégulièrement disséminés dans le tissu utérin. L'hypertrophie télangiectasique est surtout caractérisée par une augmentation de nombre et de volume des vaisseaux. L'hypertrophie totale de l'utérus peut encore s'accompagner de productions kystiques.

Au point de vue des symptômes, l'affection se manifeste par des hémorragies utérines de plus en plus abondantes, et par l'apparition d'une tumeur abdominale au-dessus du pubis. Celle-ci augmente de volume et bientôt dépasse l'ombilic, donnant à l'exploration par le palper, le toucher vaginal et rectal, tous les signes d'une tumeur utérine. Il importe de compléter cet examen par le cathétérisme de la vessie, cette dernière étant souvent bilobée par suite de son entraînement en haut dû lui-même aux adhérences du réservoir urinaire avec l'utérus et d'un rétrécissement qui se produit au niveau de la symphyse pubienne; à l'aide de ce ce cathétérisme fait avec une longue sonde en gomme, on notera un rétré-

cissement vers la partie supérieure de la vessie, puis on sentira la sonde pénétrer dans une seconde poche. Les signes fonctionnels de l'hypertrophie totale de l'utérus sont, indépendamment des pertes sanguines et de la cachexie consécutive, des phénomènes de compression du côté des organes pelviens, des crises douloureuses à l'époque des règles, et pardessus tout les changements de volume de l'utérus au moment de la période menstruelle. Certaines observations tendraient à prouver qu'il y a augmentation dans la variété myomateuse, diminution dans la variété télangiectasique, mais cela n'a rien de constant.

L'étiologie est des plus obscures, mais on peut se demander si l'origine de l'affection ne réside pas dans des troubles vaso-moteurs, amenant des congestions menstruelles répétées, d'où l'hypernutrition et l'hypertrophie. L'hystérectomie, en raison des hémorragies qui menacent la vie, est souvent la seule chance de salut. Mais cette opération ayant le plus souvent échoué, il faut n'y avoir recours qu'après avoir épuisé les ressources médicales, la médication balnéaire, les injections d'ergotine et surtout l'électrisation. P. MERKLEN.

Zur Frage der Conception nach Auskratzung des Uterus (De la possibilité de la conception après le raclage de l'utérus), par BENICKE (*Zeitschrift für Geburtshülfe, Band XI, Heft* 2).

Schultze a accusé l'opération du raclage utérin d'avoir pour conséquence la difficulté sinon l'impossibilité d'une conception ultérieure. Duvelius a déjà répondu à cette accusation par la production de la statistique de A. Martin : 60 cas de grossesse chez des femmes ayant subi le raclage. La pratique de l'auteur vient confirmer les résultats de A. Martin : il a fait le raclage utérin un grand nombre de fois depuis 1882, et il a noté 13 cas de grossesse survenue après des raclages : 3 fois la grossesse n'est pas arrivée à terme, et 8 fois elle y est arrivée. La proportion considérable des avortements (5 sur 13) s'explique par le fait qu'il s'agissait de femmes qui avaient déjà avorté plusieurs fois. Bien loin de prédisposer à l'avortement, le raclage est, pour l'auteur, un des moyens les plus sûrs d'obtenir une grossesse à terme, à la suite d'avortements répétés. La régénération de la muqueuse après un raclage paraît exiger de quatre à cinq semaines pour permettre la conception. H. DE BRINON.

Complication et traitement de l'hématocèle rétro-utérine, par PRENGRUEBER et Manuel VICENTE (*Semaine méd.*, 6 *janvier* 1886).

Une jeune femme de 30 ans est obligée de s'aliter pour des troubles qu'on rattache à une hématocèle péri-utérine; un mois après le début des accidents, éclatent des signes d'obstruction intestinale, dus vraisemblablement à la compression de l'intestin par l'épanchement sanguin. On pratique la laparotomie et l'on trouve, en effet, une masse d'anses intestinales agglomérées, réunies par des adhérences; en dégageant cet intestin, on ouvre un foyer d'hématocèle rétro-utérine; 500 grammes de liquide chocolat sortent de la poche. La poche est vidée et lavée avec soin, on laisse un drain à demeure, sortant par la plaie abdominale qui est suturée. Dès le soir, disparition des accidents d'étranglement; guérison rapide; retour des règles sans incident, un mois et demi plus tard. A. C.

Ueber die Gascysten der menschlichen Scheide (Des kystes gazeux du vagin), par CHIARI (*Zeitschr. f. Heilk.*, *Band VI*, *p.* 81).

Après un historique étendu de cette question, Chiari rapporte deux observations nouvelles, concernant des femmes de 32 et de 64 ans. Des données histologiques et surtout de la présence dans la cavité de ces kystes de nombreuses cellules géantes, comme dans les espaces lymphatiques ambiants, Chiari conclut que ces tumeurs se développent dans des espaces lymphatiques dilatés sous l'influence d'un travail pathologique. Le gaz qu'elles renferment ne serait autre, comme le dit Eppinger, que l'air atmosphérique. L. D.-B.

Ueber Pyokolpos unilateralis, par Ludwig KLEINWÄCHTER (*Zeitschrift für Geburtshülfe und Gynækologie*, *Band XI*, *Heft* 2).

L'existence de cette anomalie du vagin a été constatée chez l'enfant par Winckel et Breisky, chez l'adulte par Græfe (*R. S. M.* XXII, p. 581) et par Freund. La suppuration de l'un des tubes persistants de Müller ne s'observe que chez l'adulte. Un cas seulement a été publié avant celui de l'auteur par Smolsky : *Fall eines Pyokolpos unilateralis* (Petersbourg, 1879). On en trouve un second dû à Tillaux, dans la *Gazette des hôpitaux*, 4 juin 1885. Bien que l'interprétation ne concorde pas exactement avec celle de l'auteur allemand, l'affection paraît être absolument identique.

L'observation de K..., a trait à une femme de 45 ans, ayant eu 7 accouchements. La tumeur vaginale avait paru pendant la première grossesse, soit 25 ans avant l'entrée de la malade à la Clinique ; mais elle n'est devenue gênante par sa grosseur que depuis quelques mois, et enfin il y a un mois une ouverture spontanée s'est produite sur sa paroi sans douleur, et il s'en est échappé une certaine quantité de pus. La tumeur occupe la paroi vaginale antérieure, a le volume d'une pomme. Excision d'un lambeau de la paroi et lavage phéniqué. Guérison sans fièvre en 4 ou 5 jours. La cavité du kyste forme un canal cylindrique se terminant en haut par un cul-de-sac arrondi, sans portion vaginale. La muqueuse qui tapisse cette cavité présente à l'œil nu et au microscope l'aspect de la muqueuse vaginale avec ses papilles et ses rides caractéristiques.

Les tumeurs avec lesquelles pourrait être confondu le pyokolpos sont la cystocèle, l'hématocèle retro-utérine et ante-utérine, l'hématome du vagin et l'abcès périvaginal. Ces deux derniers se distinguent surtout par la brusquerie du début, la marche plus rapide, l'absence de muqueuse à la face interne de la cavité. Les kystes développés dans un canal de Gärtner persistant prêteraient plus que tous autres à une confusion, mais outre qu'ils sont très rares (deux cas connus : Watts et Veit), ils se distinguent surtout par leur profondeur : au lieu de se terminer à la hauteur du col, ils se prolongent jusqu'au-dessus de l'utérus, dans le ligament large, à la hauteur de l'ombilic. L'exploration avec la sonde permettra donc d'éviter l'erreur.

Il faut noter en terminant cette particularité que la direction du vagin supplémentaire n'est pas parallèle à l'axe du vagin, mais décrit une spirale autour de cet axe. H. DE BRINON.

I. — De la périnéorraphie secondaire, par SCHWARTZ (*Revue de chir.*, 10 *décembre* 1885).

II. — Contribution à l'étude de la périnéorraphie : de la périnéorraphie secondaire, par H. DAYOT (*Thèse de Paris*, 1886).

I. — Schwartz publie deux cas de périnéorraphie médiate d'après les préceptes de Nélaton, suivis l'un et l'autre de succès complet. Les deux opérations faites pour ruptures totales du périnée ont été pratiquées cinq jours après l'accouchement et n'ont donné lieu à aucun accident ni local, ni général. En comparant les périnéorraphies immédiate, tardive et médiate, Schwartz estime que cette dernière doit être tirée de l'oubli dans lequel elle est tombée, car elle permet d'agir sur une cloison recto-vaginale qui n'a pas encore perdu de son épaisseur, et de rapprocher facilement sans tiraillements les surfaces saignantes, deux conditions bien favorables au succès. OZENNE.

II. — Ce travail, appuyé de onze observations, conclut à la nécessité de la périnéorraphie secondaire dans tous les cas de déchirure du périnée où la suture immédiate n'a pu être pratiquée. En présence, en effet, d'une déchirure complète ou incomplète qui porte les traces évidentes d'une contusion grave, il faut attendre que la plaie soit détergée et recouverte de bourgeons charnus pour pratiquer alors la réunion immédiate secondaire. Il faut également que le retour à la santé de la malade soit complet pour avoir recours à la périnéorrhaphie tardive ; mais, sous cette réserve, il conviendra de la pratiquer le plus tôt possible.

Comme procédé opératoire, la suture d'Emmet associée à la suture vaginale est celle qui mérite la préférence. Après comme avant l'opération, les précautions antiseptiques les plus rigoureuses devront être suivies. L'auteur pense enfin qu'au lieu de provoquer la constipation à la suite de la périnéorraphie, il vaut mieux entretenir la liberté du ventre.

P. B.

Perinéorrhaphie immédiatement après l'accouchement, par DOLÉRIS (*Arch. de tocologie, février* 1885).

Partisan convaincu de l'utilité de la restauration du périnée non seulement dans les cas de déchirure complète, mais encore dans les cas de déchirure incomplète, l'auteur affirme qu'il faut la tenter immédiatement après l'accouchement. Son procédé préféré est celui qui a été préconisé par Brœse, qui consiste en sutures de catgut continues, dites en surjet ou en spirale. Il abandonne ces sutures, et il faut par conséquent se servir d'un catgut résorbable de bonne qualité. Dans seize cas, dont deux au moins intéressaient le sphincter sans qu'il fût entièrement divisé, le succès a été entier, mais dans un aucun de ces cas la déchirure n'était complète.

Gueniot n'est pas d'avis qu'il faille pratiquer ces sutures dans les cas de déchirure incomplète du périnée. Dans ces cas la guérison est la règle, au moins dans la clientèle de la ville où les précautions sont prises plus minutieusement qu'à l'hôpital. Pajot et Charpentier se rangent d'ailleurs à cet avis. PORAK.

I. — On shortening the round ligaments of the uterus (Raccourcissement du ligament rond, opération d'Alexander), par Francis IMLACH (*Edinb. med. journ., p.* 913, *avril* 1885).

II. — On shortening the round ligäments, par ALEXANDER (*Ibidem, p.* 1030, *mai* 1885).

I.— L'auteur a eu l'occasion de pratiquer l'opération d'Alexander 35 fois pour des déviations utérines. Il considère l'opération en elle-même comme très facile et donnant souvent les meilleurs résultats ; on n'a besoin ni de sutures compliquées, ni de grandes incisions ; la réunion par première intention est la règle. Le manuel opératoire est le suivant : après avoir senti l'épine du pubis, une incision d'un pouce de long est conduite à partir de ce point, parallèlement au ligament de Fallope, jusqu'à ce que l'on découvre les piliers de l'anneau inguinal. On voit alors une petite masse graisseuse faire hernie entre les deux piliers. On la saisit avec une aiguille courbe, et le ligament rond se trouve toujours compris dans ce peloton graisseux. Cela fait, on prend le ligament rond avec une pince et on l'attire fortement au dehors, plus ou moins suivant le degré de la déviation utérine à combattre. Chaque ligament est alors suturé rapidement aux piliers de l'anneau par un fil d'argent ou de catgut, et finalement la plaie de la peau est suturée par un ou plusieurs points. La guérison survient sans avoir besoin de drainage.

Voici maintenant les résultats de la méthode :

a) Neuf cas de prolapsus utérin excessif ont été traités. Sur ces neuf malades, cinq furent complètement guéries; deux soulagées; une guérie pendant six à sept mois ; une enfin, âgée de 60 ans, n'éprouva aucun bénéfice de l'opération.

b) Vingt-sept cas de rétroflexion et de rétroversion ont été opérés. Ces cas s'accompagnaient presque toujours de congestion et d'inflammation, comme c'est la règle, et reconnaissaient ordinairement pour origine une fausse couche ou un accouchement mal soigné. Ils ont donné les résultats suivants :

Quand il y a simple déviation sans douleur ni complication tubo-ovarienne, l'opération a été toujours utile. Quand il y a des complications ovariennes, le soulagement n'est que passager et les douleurs de l'ovaire persistent. Enfin, quand il y a simultanément cystocèle et rectocèle, l'opération est à peu près inutile.

II. — Dans une note rectificative, Alexander redresse ce qu'il y a d'exagéré, au point de vue du manuel opératoire, dans les préceptes d'Imlach. Il montre que le ligament rond est difficile à découvrir, et par suite qu'il faut une incision plus grande et des recherches plus minutieuses pour le reconnaître. Enfin il préconise la suture aux deux piliers de l'anneau inguinal, et ne regarde pas l'opération comme dénuée de toute complication possible. H. R.

I. — Die Excision von Ovarientumoren mit Erhaltung des Ovarium (Excision des tumeurs de l'ovaire avec conservation de l'ovaire), par SCHRŒDER (*Zeitsch. für Geburtshülfe*, *Band XI*, *Heft* 2).

II. — Remarques cliniques à propos de l'influence des ovariotomies doubles sur la menstruation, par TERRIER (*Bull. de la Soc. de chir.*, 1885, *t. XI*, *n°* 12, *p.* 774-787). — *Ibidem*, par **LE MÊME** (*Revue de chirurgie*, 10 *décembre* 1885).

III. — *Ibidem*, par DUPLAY (*Soc. de chir.*, *XII*, *p.* 792-793).

I. — L'auteur présente les observations de 7 malades chez lesquelles

il a enlevé des tumeurs de l'ovaire et laissé intentionnellement une partie plus ou moins considérable de l'organe en vue de la conservation des fonctions ovariennes et de la possibilité d'une fécondation ultérieure. L'opérateur n'est autorisé à tenter cette conservation que si l'organe est sain et la malade assez guérie pour que l'éventualité d'une grossesse paraisse désirable.

Le pronostic de l'opération ne paraît pas d'ailleurs aggravé par cette conservation. H. DE BRINON.

II. — Le travail de Terrier est basé sur 22 cas personnels d'ovariotomie double qu'il a pu suivre, les unes, depuis plus de dix ans, les autres, depuis un an seulement. Il examine d'abord l'état des règles chez ces opérées avant l'intervention chirurgicale : une malade n'avait été réglée que trois fois dans sa vie, deux avaient cessé de l'être depuis plusieurs mois à cause de leur état général, toutes les autres, c'est-à-dire 19 sur 22, étaient réglées, 13 normalement, 6 plus ou moins irrégulièrement.

L'ablation simultanée ou successive des deux ovaires détermine habituellement la suppression des règles. Toutefois, cette suppression peut n'être pas immédiate et l'écoulement menstruel a pu reparaître tantôt une seule fois, quelques mois après l'opération, tantôt deux fois, tantôt quatre fois en deux ans.

Dans ces cas, il semble qu'il y ait eu des poussées congestives par une sorte d'habitude fonctionnelle, aboutissant à des épistaxis utérines (métrostaxis de Spencer Wells) plutôt qu'à des règles. Dans un seul cas, après avoir reparu irrégulièrement cinq fois en un an et demi, les menstrues se régularisèrent et revinrent pendant deux ans pour cesser à 39 ans 1/2. Il ne peut plus être question ici d'épistaxis, et pourtant l'ablation des ovaires avait été complète : le fait a été vérifié histologiquement par Malassez et de Sinéty. Ce fait est déjà assez difficile à expliquer.

Dans trois cas, non seulement les règles sont revenues après la double ovariotomie, mais elles persistent fort régulièrement après 7 ans, 20 mois et 15 mois. Mais de ces trois observations d'ovariotomie double, l'une ne permet pas d'affirmer l'ablation complète des deux ovaires ; la seconde est très concluante, le pédicule ayant été fait d'un côté sur l'ovaire même dont il est, par conséquent, resté une partie ; et dans la troisième, l'analogie fait croire à Terrier qu'en présence des mêmes difficultés opératoires, il a dû agir de même et faire, inconsciemment cette fois, le pédicule sur l'ovaire.

Cette hypothèse est confirmée par le fait curieux de Schatz, qui a publié une observation de grossesse après double ablation de tumeurs ovariques, en ayant soin de conserver les ovaires comme l'a conseillé Schrœder.

Tillaux rapporte un cas dans lequel il est sûr d'avoir entièrement enlevé les deux ovaires : les règles ont reparu longtemps après et ont continué depuis six ans à apparaître régulièrement.

III. — Duplay rappelle que Reigel a constaté l'existence d'ovaires supplémentaires 23 fois sur 500 autopsies. Il faut donc penser aussi à cette anomalie pour expliquer la persistance des règles après les ovariotomies doubles. M. HACHE.

I. — Tumeurs végétantes des deux ovaires. De l'ascite dans les tumeurs abdominales, par QUÉNU (*Bullet. de la Soc. de chir., t. XI, n° 11, p.* 720-729).

II. — Kyste de l'ovaire sans végétations extérieures, mais avec productions végétantes internes, par TERRILLON (*Ibidem, n°* 12, *p.* 750-754).

III. — Sur la récidive des kystes de l'ovaire, par TERRILLON (*Ibidem, t. XI, n°* 12, *p.* 866-871).

IV. — *Idem*, **par TERRIER** (*Ibidem, p.* 872-879).

V. — De la généralisation des kystes et des tumeurs épithéliales de l'ovaire, par G.-F. POUPINEL (*Thèse de Paris,* 1886).

I. — Chez la malade de Quénu, les deux ovaires étaient représentés par deux masses grosses comme le poing, irrégulières, rougeâtres, hérissées de petites végétations, constituées par de l'épithélioma myxoïde, comme l'examen histologique l'a démontré. Les végétations extérieures, identiques d'ailleurs à celles qu'on donne le plus souvent à la face interne des kystes multiloculaires, ont le même stroma embryonnaire, le même revêtement de cellules cylindriques et de cellules caliciformes. Les petits enfoncements tapissés d'épithélium compris entre deux végétations voisines constituent ainsi de véritables petites glandes à mucus dont le contenu, au lieu de s'épancher dans l'intérieur d'un kyste, ne peut qu'être versé dans la cavité du péritoine. De là, d'après l'auteur, l'explication de l'énorme ascite présentée par sa malade.

Les tumeurs de l'abdomen, kystes ovariques ou fibromes utérins, déterminent parfois de l'ascite, phénomène dont l'explication n'est pas toujours facile, sans parler des cas où elle est due à la compression de la veine porte ou de ses branches principales.

Dans les tumeurs fibreuses et fibro-kystiques de l'utérus, ordinairement revêtues d'une enveloppe péritonéale très lisse et non enflammée, l'ascite est relativement rare. Parmi les tumeurs de l'ovaire, les tumeurs solides déterminent souvent de l'ascite, soit par suite d'absence de revêtement péritonéal à leur surface, soit par suite des altérations fréquentes de leur surface, des plaques de dégénérescence graisseuse par exemple, qui en font de vrais corps étrangers, d'où une ascite d'origine inflammatoire et à processus chronique. Quant aux kystes de l'ovaire, ils ne déterminent d'ascite que dans des circonstances spéciales, soit qu'une loge se soit ouverte dans le péritoine, soit que l'épaisseur et la dureté de leurs parois permettent de les assimiler, à ce point de vue, aux tumeurs solides, soit, plus souvent, qu'ils présentent extérieurement des végétations plus ou moins développées. Quénu donne de cette ascite une explication très rationnelle en incriminant non les végétations mêmes, mais leur produit de sécrétion, une substance colloïde qui provoquerait, du côté du péritoine, des phénomènes d'osmose, d'où l'accroissement incessant du liquide péritonéal. L'examen histologique du liquide permet d'y trouver des cellules prismatiques ou caliciformes et des masses épithéliales.

II. — Mme P..., 46 ans, sans enfants. Tuméfaction lente du ventre depuis cinq ans, plus rapide depuis six mois. On reconnaît une ascite abondante et derrière elle une tumeur très mobile qui produit nettement le phénomène du ballottement. L'utérus est légèrement immobilisé par la tumeur. La ponction

de l'ascite donne 9 litres d'un liquide verdâtre, non filant, sans fibrine, et contenant des paillettes de cholestérine. Ovariotomie qui montre un kyste globuleux, régulier, sans bosselure extérieure, à parois résistantes et épaisses, très vasculaires. Il fallut décortiquer le kyste de la paroi postérieure de l'utérus à laquelle il adhérait. Ligature du pédicule à la soie. Plusieurs ligatures au catgut. Pas de drainage. Guérison simple.

Le drainage n'a pas été fait, malgré l'ascite, à cause du peu d'altération de la surface péritonéale et du peu d'importance des adhérences détruites. Le liquide ne se reproduisit pas après l'opération, ce qui fait croire que c'était bien la surface de la tumeur qui sécrétait l'ascite. Si, au contraire, le péritoine apparaît rouge, tomenteux et irrité, ou si l'on a produit dans le cours de l'opération des désordres étendus et laissé dans la cavité péritonéale des surfaces sanguinolentes, un drainage parfaitement antiseptique et durant à peine quelques jours est indiqué. Les règles sont peu précises à ce sujet.

Le liquide ascitique, riche en matières fixes, contenait de la paralbumine.

III. — Un kyste multiloculaire gélatineux, à parois minces, sans végétation apparente, est enlevé en septembre 1883. Le pédicule, long et mince, est abandonné dans l'abdomen. L'autre ovaire, paraissant sain, n'est pas enlevé. Un an après, la malade constate qu'une petite grosseur dure se développe dans la cicatrice abdominale, au-dessous de l'ombilic. En même temps apparaissent tous les signes indiquant le développement d'un autre kyste ovarique, probablement aux dépens de l'autre ovaire laissé dans l'abdomen. Une seconde opération est faite en octobre 1885. Un kyste volumineux rompu dans l'abdomen est enlevé; il a les mêmes caractères que le premier. On enlève en même temps la tumeur de la cicatrice indépendante du péritoine. Celle-ci présente à l'œil nu la même apparence que les kystes de l'ovaire; elle est multiloculaire, à contenu gélatineux, du volume d'un œuf de poule.

Il s'agissait donc d'une récidive à distance des tumeurs kystiques avec les caractères de la tumeur primitive; il y avait même une multitude de petits kystes adhérents au péritoine et parsemant sa surface. Il est probable que la rupture du premier kyste pendant l'opération avait été la cause d'un certain nombre de greffes dont l'une avait évolué dans la cicatrice abdominale.

Terrillon insiste sur ce fait, que dans la tumeur primitive il n'y avait ni végétations, ni épaississements notables de la paroi kystique, en un mot, aucune apparence extérieure de portions sarcomateuses.

Cette observation prouve donc que les kystes ovariques multiloculaires, malgré leur structure en apparence simple, peuvent donner lieu à des récidives ou à des greffes à distance au même titre que ceux qui contiennent des végétations ou des parties solides volumineuses. Les variations qu'on rencontre dans la structure des kystes suivis de récidive rendent jusqu'à présent impossible un pronostic exact.

IV.— Terrier cite une observation de kyste de l'ovaire avec récidive, dans laquelle l'examen histologique de la première tumeur, fait par Malassez, lui avait fait comparer sa structure aux tumeurs mixtes du testicule. En même temps, il exprima des craintes au point de vue de la récidive. Moins d'un an après la première opération, la malade revint avec une récidive de son kyste et une généralisation qui n'offrait pas partout les mêmes caractères histologiques. Dans les ganglions mésentériques, où était la tumeur principale, la tumeur est analogue à celle qui avait été enlevée lors de la première opération et que Malassez avait comparée aux tumeurs mixtes du testicule; on y trouva toutes les variétés d'épithélium, des tumeurs perlées, des glandes sébacées, du tissu cartilagineux, osseux, graisseux, musculaire, peut-être même nerveux. Au contraire, dans l'épiploon, le péritoine pariétal, la plèvre dia-

phragmatique et les ganglions inguinaux, les tumeurs secondaires sont simplement épithéliales, avec tendance aux formations kystiques. M. HACHE.

V. — L'auteur a réuni 152 observations ayant trait à la généralisation ou à la récidive des tumeurs kystiques des ovaires. Dans un premier groupe (Obs. 1-23), il a fait entrer les cas où l'ovariotomie a été faite deux fois sur la même malade, la seconde opération ayant eu pour but exclusif l'ablation d'un deuxième kyste sans qu'on eût senti l'existence d'aucune autre néoformation dans le péritoine ou ailleurs. — Dans un second groupe, comprenant 116 observations, il fait entrer les cas de généralisation d'un épithélioma mucoïde de l'ovaire; quelques-unes de ses malades n'avaient été soumises à aucune opération : chez toutes on a noté des productions cancéreuses secondaires. Le troisième groupe ne renferme que 4 cas: c'étaient des tumeurs intermédiaires aux kystes mucoïdes et aux kystes dermoïdes, douées d'une malignité très grande et analogues aux tumeurs mixtes du testicule. Le quatrième groupe enfin comprend quelques observations de kystes dermoïdes ayant donné naissance à des manifestations secondaires dans le péritoine. Dans 2 cas, les manifestations secondaires étaient constituées par de l'épithélioma pavimenteux; dans les 2 autres, dus à Frænkel, il s'agissait de productions manifestement dermoïdes.

Il serait intéressant de poursuivre l'analyse de ce travail, très complet et très précis, où le siège, la nature des tumeurs secondaires se trouvent minutieusement décrits. Quelques considérations sur les kystes végétants (p. 117) doivent être particulièrement relevées. Voici les conclusions auxquelles est arrivé Poupinel :

1° Les épithéliomas kystiques multiloculaires de l'ovaire peuvent donner lieu à des tumeurs secondaires ;

2° Cette généralisation de l'épithélioma peut se faire dans les kystes prolifères simples;

3° Elle paraît être plus fréquente lorsqu'il existe, dans les parois des kystes, des productions du type adénoïde, des productions carcinoïdes, ou lorsque la tumeur est en dégénérescence colloïde ;

4° Les tumeurs secondaires siègent de préférence sur le péritoine où elles semblent rester localisées dans le cas de tumeurs du type adénoïde;

5° Les néoformations secondaires peuvent néanmoins s'étendre à la plèvre, surtout lorsque la prolifération des éléments épithéliaux est intense ou que ces éléments épithéliaux infiltrent le tissu conjonctif du stroma de la tumeur au point de donner l'impression du tissu carcinomateux ;

6° Entre les kystes mucoïdes et les kystes dermoïdes doit prendre place une série de tumeurs complexes réunissant en proportion variable dans leur structure les caractères de ces deux ordres de tumeurs;

7° Les tumeurs mixtes de l'ovaire peuvent se généraliser rapidement;

8° Les kystes dermoïdes eux-mêmes peuvent donner lieu à des tumeurs secondaires ,

9° Les néoformations secondaires peuvent revêtir les caractères de l'épithélioma pavimenteux ou être de véritables productions dermoïdes;

10° Cliniquement on pourra soupçonner la nature maligne d'un kyste ovarique par la réunion des symptômes suivants : amaigrissement et cachexie rapides; développement prompt de la tumeur ; ascite, surtout

si celle-ci est sanguinolente; adhérences de la tumeur au petit bassin, apparition de pleurésie ou de phlegmatia. PAUL BERGER.

I. — Zur Anatomie der Parovarialcysten (Contribution à l'étude anatomique des kystes parovariens), par Gustave KILLIAN (*Archiv für Gynækologie, Band XXVI, Heft* 3).

II. — Ein Fall von Tuboovarialcyste (Un cas de kyste tubo-ovarien), par Max RUNGE et Richard THOMA (*Ibidem, Band XXVI, Heft* 1).

III. — L'ovariotomie dans les kystes parovariens et l'ovariotomie pendant la grossesse, par CAUCHOIS (*Bull. de la Soc. de chir. t. XI. n.* 9 *et* 10, *p.* 607-614).

I. — Étude anatomique, macroscopique et microscopique de cinq kystes parovariens. La paroi de ces kystes est formée de deux couches :

1° Un revêtement interne épithélial : épithélium cylindrique ou cubique, quelquefois pavimenteux par place. L'auteur explique la transformation de l'épithélium cylindrique ou cubique en pavimenteux par la distension qu'éprouve en ses points les plus faibles la paroi du kyste. L'auteur n'a pas trouvé de cils vibratils;

2° Une couche de tissu connectif renfermant dans certains cas des fibres musculaires lisses éparses ou condensées de manière à former une véritable couche.

La paroi interne présente fréquemment une disposition à la formation des papilles : le microscope montre que ce ne sont pas de simples plis, mais de véritables papilles, recouvertes ou non de villosités. L'observation clinique vient d'ailleurs à l'appui du microscope : cas de Fischel, Baker Brown, Olshausen.

Comme les kystes de l'ovaire, les kystes du parovarium présentent aussi une variété glandulaire. Un des kystes étudiés par l'auteur présentait des glandes parfaitement caractérisées, et dont l'existence a été reconnue et vérifiée par le professeur Maier.

Enfin certains kystes du parovarium ne sont ni papillaires ni glandulaires. Au point de vue du diagnostic anatomique, l'auteur insiste sur ce point que, dans les kystes parovariens, l'extrémité utérine de l'ovaire s'éloigne notablement de la paroi du kyste ; on devra aussi tenir grand compte de la présence à côté du kyste de la trompe et de l'ovaire, de la tension de la portion ampullaire de la frange ovarique et même de l'ovaire (voy. *R. S. M.* XVII, 607). H. DE BRINON.

II. — Il s'agit d'une tumeur enlevée par Max Runge, à la clinique de Dorpat, le 10 juin 1884. La malade était âgée de 37 ans. La tumeur occupait le côté droit de l'utérus ; elle était du volume d'un poing d'adulte, résistante, élastique et très sensible à la pression. L'opération, pratiquée suivant la méthode de Schrœder, ne présenta aucune difficulté et les suites en furent très simples.

L'examen de la tumeur, fait immédiatement après l'opération, montre qu'elle est constituée par un kyste tubo-ovarien ; elle renferme 150 centimètres cubes du liquide jaune clair ; extérieurement elle est partagée en deux parties par un sillon déjà constaté avant l'opération. Intérieurement elle forme deux poches communiquant par une large ouverture. D'un côté, la trompe gauche dilatée et variqueuse se perd directement dans la tumeur ; de l'autre, l'ovaire gauche lui adhère intimement et en forme comme le fond. Le stroma

de l'ovaire renferme de nombreux follicules de Graaf et un volumineux corps jaune.

Le kyste et l'ovaire sont intimement unis et leur ligne de séparation est tracée dans la plus grande partie par un sillon. Le canal de la trompe communique directement avec la cavité du kyste et les plis de la muqueuse tubaire se prolongent en s'épanouissant à la face interne du kyste. Au microscope la paroi du segment tubaire du kyste présente les trois couches de la paroi tubaire, muqueuse, musculaire et séreuse. La paroi du côté de l'ovaire est formée par une couche connective reposant directement sur le stroma ovarien.

Pour Richard Thoma, il s'agit là d'un kyste tubo-ovarien non congénital. Il est probable qu'une petite cavité kystique de l'ovaire s'est ouverte dans la trompe préalablement dilatée et adhérente à l'ovaire ; et le point de la trompe où le kyste ovarien s'est ouvert n'est ni l'orifice abdominal oblitéré ni un orifice tubaire accessoire. La cavité de l'ovaire s'est-elle formée aux dépens d'un follicule de Graaf normal ou dilaté par accumulation de liquide, ou aux dépens d'un corps jaune dégénéré ? L'examen anatomique ne permet pas de trancher nettement la question : cependant il semble plus probable qu'il s'agissait d'un follicule hypertrophié. H. DE BRINON.

III. — S'appuyant sur une observation personnelle, l'auteur préconise l'ovariotomie pour les kystes parovariens qui récidivent après la ponction.

Relativement à la seconde question, faut-il faire l'ovariotomie dans les trois derniers mois de la grossesse et, notamment, à une époque rapprochée du terme ?

Des faits assez nombreux prouvent que l'ovariotomie réussit presque aussi bien pendant la grossesse qu'en dehors de l'état de gestation. Cauchois en a réuni 44 observations qui ont donné 35 guérisons et 8 morts, soit 81 succès 0/0. Schrœder, Wilson, Spencer Wells donnent le conseil d'opérer avant le sixième mois. Mais si on est consulté après cette date, que faut-il faire ? Nous manquons de documents sur ce point. Cauchois cite un fait de Lawson Tait qui opéra au septième mois et perdit la mère et l'enfant, et un autre de Pippinskjold qui opéra au neuvième mois et sauva la mère ; l'enfant était mort, avant l'opération, d'hémorragie placentaire.

L'ovariotomie est-elle moins grave après l'accouchement, entre la délivrance et le retour des couches ? Les observations sont également rares, et Polaillon n'en connaît que deux : celle de Tait qui opéra le quatrième jour de l'accouchement et perdit sa malade douze heures après, et celle de Cauchois dont voici l'énoncé sommaire :

Kyste uniloculaire de l'ovaire droit, compliqué de grossesse. Quatorze ponctions en dix mois. Accouchement au commencement du neuvième mois. Enfant vivant. Phlegmatia double. Suppuration du kyste. Ovariotomie cinquante-trois jours après l'accouchement. Mort le huitième jour, probablement de péritonite septicémique.

Cauchois termine par les conclusions suivantes : pendant les trois derniers mois de la grossesse certaines conditions locales ou générales d'un pronostic sérieux, telles que commencement de suppuration du kyste, affaiblissement notable de la malade, etc., devront engager à recourir à l'ovariotomie, qu'on fera de préférence vers la fin du huitième

ou le commencement du neuvième mois, pour que l'enfant ait le plus de chances de vie possible dans le cas où l'accouchement serait provoqué prématurément par l'opération. M. HACHE.

I. — A series of one hundred and twelve consecutive operations for ovarian and parovarian cystoma without death (112 ovariotomies sans mort), par Lawson TAIT (*The med. News*, 12 *septembre* 1885).

II. — An ovarian cyst weighing one hundred and sixteen pounds successfully removed (Kyste de l'ovaire pesant 116 livres, extirpation, guérison), par Howard A. KELLY (*The american Journal of obstetrics, août* 1885).

III. — Kyste multiloculaire de l'ovaire ; une portion de la vessie est comprise dans la ligature du pédicule. Péritonite, par J. BŒCKEL (*Gaz. méd. de Strasbourg*, 1er *novembre* 1885).

IV. — Kystes hydatiques de l'ovaire, par DUMONT (*Bull. de la Soc. d'anat. et de physiol. de Bordeaux*, 25 *avril* 1885).

V. — Ovariotomy; rupture of wound on fourth night (Ovariotomie; rupture de la plaie la 4e nuit ; prolapsus intestinal), par LEDIARD (*Med. Times, p.* 736, 28 *novembre* 1885).

VI. — De l'inflammation de la glande parotide après l'ovariotomie, par MATWEFF (*Ann. de gyn., août* 1885).

VII. — Ueber Entzündung der Ohrspeicheldrüse nach Ovariotomie (Parotidite après l'ovariotomie), par PREUSCHEN (*Deut. med. Woch., n°* 51, 1885).

I. — L'auteur publie une statistique de 112 ovariotomies consécutives, sans un décès. Ces opérations ont été faites pour : kyste dermoïde, 1; sarcome kystique, 1; abcès de l'ovaire, 2; kyste d'un ovaire, 49; kyste des deux ovaires, 38 ; kystes parovariens, 21.

Aucune opération n'a été laissée incomplète et, dans aucun de ces cas, Tait n'a employé les procédés antiseptiques :

« Ni acide phénique, ni thymol, ni sublimé, ni autres germicides n'ont touché mes malades d'une façon directe ou indirecte. »

Tait se contente de soins minutieux, d'une excessive propreté et d'une attention scrupuleuse de sa part et de celle de ses assistants. A. C.

II. — Cette ovariotomie est remarquable par le poids de la tumeur enlevée (116 livres) et par une complication survenue pendant l'opération.

Pendant que l'opérateur cherchait à isoler le kyste de ses adhérences, une tumeur du volume du foie sort de l'hypochondre droit et se présente entre les lèvres de la plaie. Cette tumeur, prise au premier abord pour le foie lui-même, n'était autre que le rein dégénéré; elle est enlevée, et l'on termine l'isolement du kyste ovarien dont l'insertion était sur le ligament large.

Malgré cette complication et la prolongation de l'opération due à l'étendue des adhérences qui occupaient toute la surface du kyste ovarien, la malade guérit sans accidents. Elle était âgée de 42 ans, et, depuis un an qu'a eu lieu l'opération, la santé ne s'est pas démentie : les règles sont régulières et sans douleurs. H. DE BRINON.

III. — Femme de 34 ans, multipare. A 24 ans, deux poussées de péritonite; à 28, une grossesse et péritonite consécutive; dans les quatre années qui suivent, développement d'un kyste de l'ovaire : ovariotomie le 14 août 1884; l'opération ne présente rien de spécial à noter que des adhérences très nombreuses et très étendues surtout au niveau du pédicule, situé à gauche, et un pédicule très épais, très résistant.

Dans la soirée, le cathetérisme donne une urine fortement sanguinolente. Le quatrième et le cinquième jour de l'opération, fièvre, coliques, agitation.

Le sixième jour, à la levée du deuxième pansement, on constate un écoulement presque continu d'un liquide offrant tous les caractères de l'urine, écoulement qui persiste les jours suivants, et le quatorzième jour, développement d'une péritonite, qui emporte la malade.

Outre des traces de péritonite ancienne et récente, l'autopsie montre, au niveau de l'extrémité supérieure et vers la face postérieure de la vessie, une ouverture de 3 centimètres, au voisinage de laquelle on retrouve une ligature de catgut, dont le nœud s'était relâché.

L'auteur ajoute qu'en pareil cas, à l'avenir, il n'hésiterait pas, dès le début des accidents, à intervenir, à faire une suture de la vessie, ce qui assurerait peut-être la guérison. OZENNE.

IV. — Sous le nom de kystes hydatiques de l'ovaire, Dumont communique l'observation suivante :

Depuis 4 ou 5 ans, la malade, âgée de 39 ans, avait remarqué le développement d'une tumeur dans l'hypochondre droit. Progressivement, toute la cavité abdominale avait été envahie, et le ventre présentait un volume considérable.

On diagnostiqua un kyste de l'ovaire et l'ovariotomie fut décidée. A l'incision abdominale, une quantité innombrable de petits kystes jaillit entre les mains de l'opérateur. C'étaient des kystes hydatiques occupant l'abdomen tout entier et semblant développés surtout aux dépens du péritoine. Ils englobaient l'utérus, les ligaments larges et la naissance du vagin, dans une masse informe, où l'on ne distinguait ni les ovaires, ni les trompes. Le diaphragme était à peu près détruit; le cœur, refoulé à gauche par des kystes abondamment développés dans la plèvre droite et le médiastin.

Le foie et les poumons étaient comprimés et atrophiés.

La malade, très affaiblie, succomba peu après l'opération. OZENNE.

V. — W..., 43 ans. Tumeur existant depuis 1 an : il y a 4 mois, paralysie subite de la jambe droite et du bras. Hémiopie de l'œil gauche. Bronchite avec un peu de liquide à gauche.

La tumeur de l'abdomen s'élevait du côté gauche du bassin, était presque au milieu du ventre, mobile, sans connexion avec l'utérus : pas de liquide dans le péritoine.

Opération sans anesthésie à cause de la faiblesse de la malade. On enlève un kyste multiloculaire demi-solide : on lie le pédicule et on l'abandonne dans l'abdomen. La quatrième nuit, dans un accès de toux, les ligatures cèdent, les intestins s'échappent au dehors ; on réduit et on suture de nouveau : les muscles et la peau ne se réunirent que lentement, par granulations, et la malade guérit. MAUBRAC.

VI. — L'auteur relate deux faits de double parotidite survenue après l'ovariotomie.

Dans le premier cas, l'ovariotomie avait été partielle; la double parotidite évolua sans arriver à suppuration, et la guérison fut parfaite. Dans le second cas, il s'agissait de l'ablation d'un kyste multiloculaire de l'ovaire gauche; la double parotidite se développa vers le douzième jour, et suppura. On dut successivement inciser au niveau de l'une des parotides le dix-neuvième jour, au niveau de la seconde le vingtième jour. La guérison fut heureusement obtenue.

Möricke avait déjà relaté cinq observations de parotidite dans le cours du traitement consécutif à l'ovariotomie. Matweff fait remarquer que c'est une complication rare à la suite des autres opérations et que,

d'après ses statistiques, elle n'a été observée qu'à la suite de l'ovariotomie. Tout le monde sait que la parotidite suppurée est une des manifestations de l'infection purulente. Il semble qu'il se soit agi de cette redoutable complication dans les observations relatées par l'auteur.

PORAK.

VII. — Voici un cas à rapprocher du précédent, mais en tenant compte de la grossesse.

Femme de 35 ans, grosse de 5 mois, portant un kyste uniloculaire et offrant les signes de la cachexie ovarienne. Malgré des manifestations péritonitiques (douleur, fièvre, vomissements), on l'opère. La tumeur est pleine de sang et commence à se gangréner.

Après l'ovariotomie, les vomissements continuent. Le soir, 38°,2; P. 120. Cessation des vomissements le second jour; expulsion sans hémorragie d'un fœtus de 5 mois et du placenta. Le troisième jour, gonflement parotidien à droite. La tuméfaction augmente si rapidement, qu'au bout de 24 heures, on est obligé de pratiquer une large incision. Pas de pus. Très rapidement le gonflement disparaît en même temps que la dyspnée et la dysphagie.

Guérison complète : la malade se lève le quatorzième jour. L. GALLIARD.

I. — Douleurs ovariennes; crises d'hystérie; opération de Battey; guérison, par TERRIER (*Bull. Soc. de chir., t. XI, n.* 7-8, *p.* 489-495).

II.—Zur Castration bei Neurosen, par G. SCHMALFUSS (*Archiv für Gynækologie, Band XXVI, Heft* 1).

III. — Castration double, par TERRILLON (*Bulletin de la Société de chirurgie, t. XI, p.* 469-479).

IV. — Die Castration bei Uterusfibrom (La castration considérée comme traitement des fibromes utérins), par W. WIEDOW (*Archiv für Gynækologie, Band XXV, Heft* 2).

V. — Beiträge zur Castration (Contribution à l'étude de la castration chez la femme), par N. MENZEL et A. LEPPMANN (*Ibidem, Band XXVI, Heft* 1).

I. — Terrier a communiqué à la société la relation d'une ovariotomie pratiquée chez une femme très nerveuse et qui parut réveiller chez elle, avec une certaine intensité, des accidents hystériques.

Depuis cette opération qui eut lieu le 19 février 1884, et qui consista dans l'ablation d'un kyste parovarien avec l'ovaire droit correspondant au côté du kyste, Mme P... vit ses règles reparaître normalement dès le mois suivant. Deux mois après, grande attaque d'hystérie suivie de nouvelles attaques tous les mois, au moment de l'apparition des règles. De plus Mme P... se plaint de souffrir très vivement dans la fosse iliaque droite, de l'ovaire droit, dit-elle, car elle est persuadée que c'est l'ovaire gauche qui a été enlevée avec son kyste. Ces douleurs sont extrêmement vives au moment des règles, et ce sont elles qui, d'après la malade, déterminent les attaques d'hystérie.

Cicatrice médiane sans éventration — par la palpation on ne perçoit rien d'anormal dans les fosses iliaques; toujours à droite, il paraît exister une zone douloureuse qui est le point d'origine de vives irradiations dans la jambe droite et dans le côté droit de l'abdomen.

Le cul-de-sac latéral gauche est seul douloureux. L'état général n'est pas bon ; la malade paraît toujours souffrir et est notablement amaigrie depuis quelque temps. Les règles sont régulières, mais laborieuses et accompagnées de crises hystériques répétées.

L'ablation du deuxième ovaire fut pratiquée le 3 février 1885.

Adhérences étendues entre la paroi abdominale et l'épiploon. A droite on ne trouve aucune bride ou aucune adhérence pouvant expliquer les douleurs; à gauche il fut facile de trouver l'ovaire, volumineux et adhérent ; on vit aussi la trompe, très vascularisée. Les adhérences celluleuses de l'ovaire ayant été détruites avec les doigts, une aiguille mousse courbe fut passée, à travers le ligament large, entre l'ovaire et la trompe, et permit de placer deux fils. L'une des anses comprend toute la partie correspondante de la trompe et la moitié interne du pédicule ovarien dont la moitié externe est comprise dans la seconde anse, entre-croisée en X avec la première. Les deux ligatures faites, on excise l'ovaire et on laisse la trompe suturée. L'opération a duré 25 minutes. La malade guérit, après une petite poussée inflammatoire dans la fosse iliaque gauche et la suppuration de quelques points de suture.

Elle rentre dans le service le 27 mai, pour se faire opérer d'un ongle incarné. Les règles sont revenues une fois depuis sa deuxième opération (le 20 avril). La malade a très peu souffert, et, cette fois, à gauche. Abondance normale. Pas de crises nerveuses ni avant, ni après, ni depuis ses règles ; toutefois elle se trouve aussi nerveuse qu'avant, peut-être plus. Elle a plutôt maigri.

La malade reste hystérique, mais ses règles vont sans doute définitivement disparaître, et ce sera une chance de plus pour que ses attaques ne se reproduisent pas. Revue le 7 juillet, elle ne présentait plus de douleurs abdominales et avait un peu engraissé.

Trélat et Pozzi n'acceptent qu'avec la plus grande réserve la castration pour une indication de ce genre. Il faut qu'il existe des signes locaux bien nets.

M. HACHE.

II. — Ce sont les résultats obtenus par Hegar à la clinique de Fribourg, qui servent de base à ce travail. La statistique dressée par l'auteur ne comprend que les opérations antérieures à la fin de l'année 1882. Le résultat des opérations plus récentes ne peut encore être considéré comme acquis, en raison du peu de temps d'observation. L'auteur n'a fait entrer en ligne de compte que les opérées qui ont pu se présenter à son examen dans le cours de la dernière année ou qui ont envoyé par lettre des résultats précis sur leur état actuel. Toutes les malades avaient été soumises avant l'opération à un traitement plus ou moins long, et l'opération n'avait été faite qu'après constatation de l'impuissance des efforts médicaux.

Dans tous les cas, sauf un, les trompes ont été complètement enlevées avec les ovaires.

Les opérées, au nombre de 32, peuvent se diviser, d'après l'auteur, en 3 groupes :

1° Phénomènes douloureux se rattachant au plexus lombo-sacré : 10 cas; 8 guérisons, 2 insuccès.

2° Outre les phénomènes se rattachant au plexus lombo-sacré, les malades de ce groupe présentent des phénomènes douloureux dans les diverses régions du corps; tels que gastralgie, pression à l'épigastre, vomissements, sensation du globe : 8 cas; 6 guérisons, 2 améliorations.

3° Phènomènes nerveux d'ordre général (menstruation supplémentaire, attaques épileptiformes, etc.): 14 cas; 10 guérisons, 4 améliorations.
En somme le résultat a été complet dans 75 0/0 des cas (24 sur 32), 6 cas ont été améliorés 18,70 0/0 ; 2 cas seulement (6,3 0/0) n'ont présenté aucune modification.

Une des causes les plus importantes d'insuccès est l'inflammation qui se développe après l'opération; puis vient le défaut de soins de la part des malades (hernie de la cicatrice); enfin, dans quelques cas aussi, on n'a pas suffisamment tenu compte des contre-indications locales ou générales.

17 fois la ménopause a suivi immédiatement l'opération; 12 fois elle ne s'est produite qu'après des pertes plus ou moins longues (régulières ou irrégulières); 3 femmes seulement ont conservé des pertes jusqu'à ce jour et, dans un de ces cas, les pertes ont le caractère périodique.

La persistance du molimen menstruel a été noté 18 fois sur 32; dans un cas ce molimen persiste depuis cinq ans. Le bénéfice de l'opération ne se montre généralement qu'après la disparition de ce molimen, et, dans quelques cas, l'amélioration immédiate est frappante.

H. DE BRINON.

III. — Voici le titre des observations communiquées par l'auteur:

Fibro-myome de l'utérus — Douleurs violentes et impotence. Castration double — Guérison de l'opération — Soulagement de la malade.

Fibro-myome de l'utérus — Hémorragies abondantes — Constipation opiniâtre — Douleurs violentes — Menaces de mort — Castration double — Mort après 40 jours par étranglement interne chronique — Bon état de la plaie opératoire.

Terrillon attire l'attention sur une certaine difficulté, déjà signalée par la plupart des auteurs, pour attirer en dehors un des deux ovaires. — La disposition des ovaires, appliqués contre l'utérus hypertrophié et dont le pédicule étalé et court est difficile à lier, rend la section minutieuse. Celle-ci doit permettre de laisser un morceau de tissu au delà de la ligature pour assurer l'hémostase et ne doit comprendre aucune particule de l'ovaire.

Dans la seconde observation il faut remarquer une poussée congestive et inflammatoire des parotides après l'opération, et l'aggravation rapide de l'obstruction intestinale par compression, due à la congestion momentanée du fibrome après l'ablation des ovaires.

M. HACHE.

IV. — L'auteur continue à enregistrer les résultats de la castration dans le traitement des fibromes (Voy. *R. S. M.*, XXII, 239 et XXV, 229).

Le nombre des observations publiées s'élève aujourd'hui à 149, donnant une mortalité de 10 0/0 : 15 morts sur 149. En ne considérant comme définitifs que les résultats constatés un an au moins après l'opération, on trouve, sur 56 guérisons opératoires :

39 fois la ménopause avec diminution de la tumeur;

5 fois la ménopause (pas d'indication sur la tumeur);

5 fois la diminution de la tumeur avec hémorragies faibles et irrégulières;

7 fois retour des hémorragies avec ou sans diminution de la tumeur.

Le volume de la tumeur n'est pas une contre-indication pour la castration : car sur 12 cas où la tumeur atteignait ou dépassait l'ombilic, la ménopause avec diminution de la tumeur a été obtenue 10 fois:

Dans les 2 autres cas il y a eu diminution de la tumeur avec réapparition d'hémorragies peu abondantes.

Les observations de Fehling, Martin, Martini, Müller, Pernice, montrent que la castration est efficace même contre les tumeurs sous-

séreuses ou intraligamentaires. Dans deux cas de fibromes du col, la castration, pratiquée par Hegar en 1883, a produit la ménopause et la cessation de tous les phénomènes douloureux.

Si l'on compare la castration et la myotomie, soit au point de vue des résultats, soit au point de vue de la mortalité (10 0/0 = 33 0/0), la castration mérite de beaucoup la première place dans le choix des chirurgiens. L'auteur termine en repoussant la proposition de Lawson Tait, qui ne pratique pas la castration sans enlever en même temps les trompes. Les observations de Nussbaum, Pernice, Fehling, Tauffer, montrent que la conservation des trompes n'empêche pas d'obtenir la ménopause et la diminution de la tumeur.

Un tableau contenant le résumé de 88 observations accompagne ce mémoire (Voy. *R. S. M.* XXVI, 612, 614). H. DE BRINON

V. — Onze opérations de castration ont été pratiquées à la clinique gynécologique de Breslau dans le cours des deux dernières années: deux opérées sont mortes toutes deux par septicémie. Six fois (sur les 9 opérées qui ont survécu) la ménopause a suivi immédiatement l'opération. Les 3 cas dans lesquels il s'est produit des métrorragies après l'opération concernaient des malades atteintes de fibromes. Ces métrorragies n'ont pas présenté d'ailleurs le caractère d'une véritable menstruation.

Le résultat de l'opération a été :

1° Fibromes utérins : 3 cas ; dans 2 cas la tumeur a complètement disparu, on ne peut plus la retrouver à l'exploration ; dans le 3e cas la tumeur a conservé son volume sans augmentation.

2° Névralgies violentes des ovaires avec déviation et dégénérescence de ces organes : 2 cas ; dans le premier cas l'ablation des ovaires a été faite en deux fois ; la névralgie a complètement cessé après l'ablation du deuxième ovaire; dans le second cas la guérison a suivi immédiatement la castration bilatérale.

3° Hystérie, hystéro-épilepsie: 4 cas; dans le 1er cas le résultat a été lent, mais pleinement satisfaisant; la malade est complètement délivrée de ses accidents et rétablie ; dans le 2e cas le résultat a été fâcheux : la maladie s'est aggravée, vraisemblablement sous l'influence d'une inflammation périmétrique consécutive à l'opération ; dans le 3e cas il y a eu amélioration, puisque de faibles doses de médicaments suffisent maintenant à enrayer l'affection, tandis qu'avant l'opération les doses maxima restaient inefficaces ; enfin le 4e cas paraît être un succès complet; mais l'opération est encore trop récente pour donner pleine confiance. H. DE BRINON.

OBSTÉTRIQUE.

Obstétrique et gynécologie. Recherches cliniques et expérimentales, par P. BUDIN (in-8°, *Paris*, 1886).

La plus grande partie de ce travail est consacrée à des mémoires qui ont paru dans différentes publications; ils ont déjà été analysés dans la *Revue*, et nous n'avons pas à y revenir. Parmi les travaux non encore publiés, nous trouvons des observations, des notes ajoutées à des mémoires publiés antérieurement.

Parmi les observations se trouvent les relations d'une disposition particulière des œufs dans la grossesse gémellaire; de l'emploi du nitrite d'amyle dans un cas d'éclampsie; de rétroversion de l'utérus gravide; de fibrome sous-muqueux du corps de l'utérus compliquant la grossesse et l'accouchement; de l'expulsion pendant la grossesse de caillots sanguins, frais et altérés, sans qu'il y ait avortement; de la présence d'un cal à la suite d'une fracture ancienne du bassin déterminant un rétrécissement du diamètre oblique droit de l'excavation pelvienne. On y trouve toujours quelque considération intéressante, digne d'attirer l'attention.

Parmi les mémoires inédits, nous trouvons des notes sur l'hymen des petites filles; sur l'action des ligaments ronds et des muscles utéro-pelviens dans les derniers temps de la grossesse; sur la palpation du maxillaire inférieur et du menton dans la présentation de l'extrémité céphalique défléchie; sur la généalogie des Chamberlen (dernier mémoire, simplement refondu et revu).

L'hymen est considéré par Budin comme l'extrémité antérieure du vagin. Il étudie les différentes formes de l'orifice hyménial et explique comment on peut, à l'aide de sa théorie, comprendre leur formation. Il décrit des prolongements de la colonne antérieure ou postérieure du vagin, qui donnent au contour de l'orifice hyménial un aspect frangé et irrégulier spécial.

Dans sa notice bibliographique sur les Chamberlen, l'auteur montre qu'ils sont d'origine française, par leur nom Chambrelan et non Chamberlen. L'inventeur du forceps serait Peter Chamberlen, père de Hugh Chamberlen, petit-fils de William Chambrelan, qui aurait quitté la France après la révocation de l'édit de Nantes.

Les notes annexées par Budin sont assez nombreuses. Celle qu'il a ajoutée à son mémoire sur la ligature du cordon est plus importante que les autres.

L'auteur expose, parmi les nombreux travaux qu'il a suscités, les arguments qui servent à sa thèse, et les présente avec son talent ordinaire. De nombreuses divergences d'opinion nous séparent. Nous voulons seulement pour le moment maintenir ces deux points : 1° que la ligature hâtive ou la ligature tardive sont loin d'avoir l'importance, au point de vue de la santé de l'enfant, que l'auteur est disposé à leur accorder;

2° que les pesées sur lesquelles il s'appuie ne sont pas exactes. Nous renvoyons le lecteur à la critique que nous leur avons déjà opposée. (*Ann. de gynécologie*, t. XI, 1879, p. 445 et suiv.) PORAK.

Science et art des accouchements, par W.-Th. LUSK, traduit et annoté par DOLÉRIS (in-8°, 880 p., *Paris*, 1885).

Ce traité, en tant que traduction d'un ouvrage ayant du succès à l'étranger, nous intéresse d'une façon spéciale, parce qu'il nous initie à une manière de comprendre les questions que nous envisageons souvent d'une façon différente. Les divers chapitres y sont, en effet, souvent exposés avec un plan et suivant des aperçus qui ne nous sont pas familiers. Il peut quelquefois nous surprendre, il nous intéresse toujours. D'une façon générale, les questions scientifiques pures y sont un peu négligées, l'étiologie y est souvent incomplète, mais le traitement y est toujours l'objet de considérations étendues.

Pajot a écrit en tête du livre une préface importante. Il reproche principalement à l'ouvrage d'être écrit suivant un plan défectueux, de ne pas être au courant de la littérature française, d'enseigner dans le traitement une conduite et des interventions dont l'activité et la hardiesse rompent avec nos habitudes de prudence peut-être quelquefois trop exagérée.

Le plan de l'ouvrage est, en effet, défectueux. La lecture des chapitres nous montre que l'anatomie du bassin est reportée en tête du mécanisme de l'accouchement, au lieu d'être rangée dans le chapitre consacré à l'anatomie. L'étendue des chapitres de la pathologie de la grossesse et celle de la dystocie sont mal déterminées ; mais il y a là une difficulté qui n'est résolue nulle part d'une façon bien satisfaisante. La chirurgie obstétricale est étudiée avant la dystocie, etc. Mais ce plan défectueux ne nuit pas cependant à l'intelligence du texte.

Lusk a puisé presque tous les éléments de son ouvrage dans la littérature allemande. La littérature française et la littérature anglaise ne semblent pas y avoir été suffisamment prises en considération. Doléris s'est efforcé, par des notes très nombreuses et par des additions bibliographiques, de combler les lacunes de l'ouvrage de Lusk. C'est ainsi que les travaux français les plus récents y sont exposés avec une grande clarté, et très suffisamment.

L'auteur est enfin partisan d'une thérapeutique plus active que celle qui est suivie habituellement en France. C'est un des intérêts et l'utilité de l'ouvrage. Quoique dans notre pratique, nous exécutions les règles qui nous ont été enseignées par nos maîtres, nous n'oserions pas affirmer qu'une intervention quelquefois plus audacieuse ne soit plus justifiable. L'antisepsie a transformé la chirurgie, et cette révolution doit aussi se faire sentir en obstétrique. Qu'au temps où l'infection purulente régnait dans les salles de chirurgie et la fièvre puerpérale dans les salles d'accouchement, les accoucheurs soient devenus timorés, cela se comprend. L'irrégularité du conduit génital, la difficulté de son lavage suffisant, favorisent certainement au plus haut degré les complications septiques des couches. Mais aujourd'hui les accidents puerpéraux sont des faits isolés et les épidémies ont disparu. On peut donc se demander si on n'est pas en droit d'oser davantage. On est entré résolument dans cette

voie en Allemagne et en Amérique, et nous devons suivre ce mouvement avec intérêt, prêts à recueillir les résultats que l'expérience aura consacrés.

PORAK.

The bromide of ethyl as an anesthetic in labor, par E.-E. MONTGOMERY (*American Journal of obstetrics, juin* 1885).

L'auteur a administré le bromure d'éthyle dans 29 cas, 8 primipares et 21 multipares : quelques gouttes du médicament étaient inhalées à chaque douleur. L'effet produit est la suppression du phénomène, douleur avec conservation de l'intelligence, il n'y a ni suffocation, ni excitation comme avec le chloroforme.

L'intensité des contractions n'est pas diminuée; dans plusieurs cas où le travail était irrégulier, l'administration du bromure d'éthyle a visiblement régularisé et renforcé les contractions.

Trois fois l'auteur a observé des accidents qui semblaient se rapporter à l'anesthésie. Dans un premier cas il s'agissait d'une femme très délicate : un drachme avait été inhalé dans l'espace de 3 douleurs, lorsque la femme se mit à accuser de l'oppression : on cessa l'anesthésie et l'accouchement se termina régulièrement; mais le sentiment d'oppression persista jusqu'au jour suivant. Dans le deuxième cas, primipare nerveuse et hystérique, l'accouchement avait nécessité l'emploi du forceps; quelques heures après la couche la respiration devint fréquente, l'abdomen se tympanisa et il y eut expulsion fréquente et inconsciente de gaz. T. 103° Fahr. p. 152 : quinine, morphine et digitale. Le lendemain la température était normale. Dans le troisième cas (primipare), l'accouchement avait été très long et le forceps nécessaire pour terminer : l'anesthésique ne fut donné que pendant l'application du forceps. L'utérus était flasque : délivrance par expression combinée à la traction : hémorragie : on constate une inversion complète et on la réduit avec la main. Suites normales. Trois suppositoires de belladone et morphine avaient été employés au début de l'accouchement, et l'absorption de la belladone avait été constatée avant l'anesthésie. Trois enfants sont morts : aucune des trois morts ne peut être mise sur le compte de l'anesthésique.

En y comprenant les observations de l'auteur, 112 cas ont été publiés : il n'y a pas eu un seul décès du côté des mères; et les trois décès signalés parmi les enfants tiennent à des causes indépendantes de l'anesthésie. L'auteur se croit donc autorisé à recommander aux accoucheurs l'usage du bromure d'éthyle (voy. *R. S. M.* XX, 635, et XXIV, 240).

H. DE BRINON.

Paludisme et puerpéralité, par BONFILS (*Thèse de Paris*, 1885).

Ce travail traite complètement de l'influence réciproque du paludisme et de la puerpéralité. Il est basé sur le dépouillement de 140 observations dont plusieurs inédites.

La grossesse et le paludisme peuvent certainement évoluer simultanément sans s'influencer réciproquement; mais,dans un certain nombre de circonstances, cette influence est manifeste.

Le paludisme agit sur la grossesse, non pas tant en déterminant l'avortement (12 fois sur 105 observations), comme beaucoup d'auteurs le pensent, qu'en provoquant l'accouchement prématuré (61 fois sur 105 observations). Ces accidents sont bien plus souvent occasionnés par les progrès de la cachexie paludéenne que par les congestions viscérales et pla-

centaires produites par les accès intermittents. Aussi cette influence à longue échéance du paludisme chronique se manifeste évidemment par la mort du fœtus observée 24 fois sur 105 observations (9 fois seulement sur 105 observations, elle a paru consécutive à des accès intermittents), et par le développement insuffisant du fœtus, dont la moyenne à terme est inférieure comme poids de 500 grammes, comme longueur de près de 10 centimètres aux moyennes ordinaires des enfants sains. Il est plus rare d'observer l'intoxication intra-utérine du fœtus par le poison paludéen. Dans neuf cas, cependant, les accidents ne paraissent pas avoir eu leur origine après la naissance des enfants.

D'autre part, il est très contestable que le poison puisse être transmis aux nouveau-nés par l'allaitement. Rien de net n'est démontré sur les adhérences du placenta, l'hydramnios, l'hypertrophie de la rate ou autres lésions viscérales chez les nouveau-nés dépendant de la malaria.

L'influence sur l'accouchement ne nous fournit pas de faits bien incontestables. L'auteur admet que pendant les couches l'involution utérine est retardée, les lochies restent bien plus longtemps sanguinolentes, la sécrétion lactée est moins abondante et de moins bonne qualité, des hémorragies *post-partum* sont souvent observées.

La grossesse ne crée pas d'immunité par le paludisme, pas plus d'ailleurs que l'accouchement ; mais ce serait surtout pendant les couches qu'apparaîtraient des accidents paludéens aigus. Pendant trois semaines et en particulier pendant les premiers jours, ils seraient observés avec le plus de fréquence. La cachexie palustre fait aussi souvent de rapides progrès et donne naissance à l'anémie pernicieuse progressive.

PORAK.

Epithelioma of the cervix uteri complicating parturition (Epithélioma du col utérin compliquant l'accouchement), par R.-H. STEWART (*American journal of obstetrics, juin* 1885).

Femme de 39 ans, à son quatrième enfant. Stewart, appelé huit jours après le début des douleurs, constate l'existence sur la lèvre antérieure d une tumeur volumineuse. La position paraissant dangereuse, l'ablation de la tumeur est pratiquée à l'aide de l'écraseur : pas d'hémorragie. Extraction de l'enfant par version podalique. Suites normales. L'auteur a revu la malade trois mois après, et a constaté la reproduction de la tumeur.

L'auteur a trouvé dans la littérature cinq cas d'ablation du cancer pendant l'accouchement. Ces observations sont dues à Arnott Spiegelberg, Michaelis et G. E. Hermann (2 cas). En y joignant le cas de l'auteur, on trouve comme résultat 3 enfants et 3 mères sauvées, 3 enfants et 3 mères mortes. Sept cas d'ablation du cancer pendant la grossesse ont été recueillis par l'auteur : ils sont dus à Todd, Spœth, Galabie, Savory, Godson et Mundé (2 cas).

Au point de vue de la conduite à tenir, l'auteur adopte les conclusions d'Hermann. Enlever la tumeur autant que possible, soit pendant la grossesse, soit pendant le travail.

Si l'ablation est impossible, chercher à atteindre la fin de la grossesse. Pendant le travail, si la dilatation ne se fait pas, incisions nombreuses et superficielles. Lorsque la dilatation est complète, et qu'il y a indication de terminer, le forceps est préférable à la version. Si, malgré les incisions, la dilatation est impossible, opération césarienne.

En France, si nous nous en rapportons à la thèse de Barbulé (Du cancer utérin en obstétrique, *thèse de Paris*, 1884), on paraît donner la préférence au traitement palliatif; les incisions et le forceps sont évités autant que possible. H. DE BRINON.

Beitrag zur Lehre vom Einfluss acut Fieberhafter Erkrankungen (De l'influence des maladies fébriles aiguës sur la grossesse), par HOFMEIER (*Zeitschrift für Geburtshülfe, Band XI, Heft* 2).

1° Invasion d'une pneumonie fibrineuse au 5e mois de la grossesse chez une femme de 27 ans. Défervescence au 9e jour avec herpès nasal très étendu. Aucun retentissement sur la marche de la grossesse. L'enfant arrive à terme et très fort. Pendant la durée de la pneumonie, la mère était très incommodée par les mouvements violents de l'enfant.

2° Erysipèle de la face, survenu chez une femme de 25 ans, dans les derniers jours de la grossesse : extension à tout le corps.

Température dépassant 40° pendant 9 jours consécutifs. Abcès consécutif dans le voisinage du sacrum. Accouchement à terme 15 jours après le début de l'érysipèle et 6 jours seulement après le retour de la température à la normale. Enfant bien portant : suites de couches absolument régulières.

Lomer a vu l'accouchement arriver pendant le cours d'un érysipèle de la face; il survint une fièvre puerpérale d'une intensité extrême.

C. Ruge a observé une fièvre typhoïde développée dans le cours d'une grossesse, et, contrairement au cas d'Hofmeier, les mouvements de l'enfant cessèrent à un tel point que la mère le croyait mort.

Schwarz a observé une scarlatine chez une accouchée : il n'y eut ni aggravation, ni complication locale. H. DE BRINON.

Hydrorrhœa gravidarum (endometritis catarrhalis decidualis), par John MACDOUGALL (*Edinb. med. journ., p.* 691, *février* 1885).

L'auteur rapporte, dans ce mémoire, sept observations d'hydrorrhée chez des femmes enceintes. Voici, en général, comment les choses se passent :

Dans l'observation 1re, par exemple, il s'agit d'une femme qui, au cinquième mois de sa grossesse, sans cause connue ni malaise préalable, s'aperçoit qu'elle perd une grande quantité de liquide aqueux plus ou moins teint de sang. On suppose naturellement qu'il s'agit d'une rupture des membranes, précédant un avortement probable ; mais, au bout de quelques jours, l'écoulement persiste, sans douleur notable ni altération apparente du fœtus, et la grossesse continue. Néanmoins la faiblesse de la malade et la quantité croissante de sang perdu par la femme forcent à intervenir plus tôt. Au septième mois, on pratique l'accouchement artificiel, et l'on constate que les membranes ne présentent qu'une seule ouverture, comme dans les accouchements physiologiques.

Le diagnostic de ces cas est, en général, difficile. On peut supposer l'hydrorrhée d'après deux signes présomptifs : 1° la période de la grossesse où apparaît le premier écoulement séreux : c'est ordinairement après le quatrième mois, époque où les avortements deviennent relativement rares et où les décollements placentaires ne sont pas encore communs ; 2° la nature du liquide, qui est tantôt incolore, tantôt de la sérosité sanguinolente. Le pronostic est d'autant plus sérieux que l'hydrorrhée est plus précoce et le liquide plus mélangé de sang.

Discutant la nature de cette affection, l'auteur admet que les mem-

branes fœtales sont intactes et qu'il s'agit d'une variété d'endométrite catarrhale de la caduque utérine. H. R.

Essai diagnostique du volume fœtal au point de vue de la dystocie, par BOURDIN (*Thèse de Paris*, 1885).

Il y a un intérêt évident, au point de vue du pronostic de l'accouchement, de savoir si le fœtus est volumineux et la possibilité de pouvoir évaluer même approximativement les dimensions de la tête apporterait une précision bien plus grande dans les indications et les contre-indications des différentes opérations obstétricales. D'après les recherches de l'auteur, on peut ranger dans l'ordre suivant les différents moyens d'investigation qu'on possède actuellement :

1° Mensuration du diamètre occipito-frontal de la tête à travers la paroi abdominale de la mère ;

2° Ecartement des branches du forceps appliqué sur la tête fœtale ;

3° Mensuration du pied ou de la main et comparaison des dimensions moyennes de ces régions et de celles de la tête ;

4° Mensuration de l'ovoïde fœtal, l'extrémité du compas portée directement sur la tête fœtale, tandis que l'autre est appliquée sur le fond de l'utérus. On admet que l'ovoïde fœtal est la moitié de la longueur du corps et qu'il y a un rapport entre les dimensions de la tête fœtale et la longueur du corps ;

5° Évaluation de l'état des fontanelles et des sutures en considération de la réductibilité de la tête fœtale ;

6° Un procédé de mensuration qui appartient à l'auteur, qui n'a été employé que sur le cadavre et jamais sur la femme vivante. Il n'y a pas lieu de tenir compte de la stature du père, du nombre de grossesse de la mère et autres données analogues. Les moyens d'évaluation signalés plus haut n'ont d'ailleurs qu'une valeur très relative. PORAK.

Uterusachse und Beckeningangsachse (Rapports entre l'axe de l'utérus et l'axe du détroit supérieur au point de vue obstétrical), par Otto KÜSTNER (*Zeit. für Geburstshülfe, Band XI, Heft* 2).

Ce travail est basé sur une série de mensurations prises sur le vivant à la clinique d'Iéna. La méthode de l'auteur consistait essentiellement à prendre le profil de la femme dans la position verticale et dans la position horizontale, à mesurer l'inclinaison du plan pubospinal par rapport à l'horizon, l'inclinaison de ce même plan par rapport au plan du détroit supérieur et à établir sur ces profils la position du point le plus élevé de l'utérus, du point le plus élevé des poils et de la symphyse pubienne.

Les conclusions de l'auteur sont ainsi formulées :

1° Dans la position debout, l'axe de l'utérus coïncide le plus souvent avec l'axe du détroit supérieur chez les femmes normalement conformées et arrivées au terme de leur grossesse ;

2° L'axe de l'utérus est plutôt en arrière qu'en avant de l'axe du détroit supérieur ;

3° Dans le décubitus dorsal, l'axe de l'utérus se trouve beaucoup plus souvent en arrière de l'axe du détroit supérieur ;

4° Que l'axe de l'utérus tombe en arrière ou en avant, tant que l'angle

reste petit, les principales phases de l'accouchement ne sont pas sensiblement modifiées;

5° Les présentations vicieuses de la tête, frontales ou postérieures, n'ont pas pour point de départ la direction de l'axe utérin. H. DE BRINON.

Contribution à l'étude théorique du forceps, par REY (*Société obstét. — Arch. de tocol., juillet* 1885).

En établissant la projection du dernier modèle du forceps de Tarnier sur la coupe d'un bassin, qu'elle ait été obtenue à l'aide de lamelle de plomb, ou par un moulage en plâtre, on reconnaît qu'il est impossible de tirer la tête fœtale à l'aide de cet instrument suivant l'axe du bassin. En effet, l'axe du bassin se confond avec l'axe du détroit supérieur au moins dans la plus grande partie de son étendue. Prolongé, il aboutit par conséquent aux environs de la pointe du coccyx. Il faudrait donc que la ligne qui joint le centre de figure de la tête fœtale, ou même le centre de figure des cuillers du forceps au milieu de la poignée de traction coïncidât avec l'axe du bassin. Il est facile de voir que l'on ne pourrait obtenir ce résultat qu'en courbant les branches de préhension de façon qu'elles puissent sortir en avant de la commissure postérieure de la vulve, le forceps étant appliqué. Il n'en est pas ainsi et forcément avec le nouveau modèle du forceps Tarnier on tire dans une direction qui ne coïncide pas avec l'axe du détroit supérieur. En contrariant les pressions exercées sur les branches du forceps, il n'est pas impossible de faire parcourir à l'extrémité des cuillers une ligne droite. En conséquence, lorsqu'on se sert du forceps ordinaire, on ne doit pas exercer des tractions directes sur les branches, mais combiner les tractions et les pressions exercéees au niveau de l'entablure et des extrémités de l'instrument. PORAK.

Ueber die Anwendung der Zange am nachfolgenden Kopfe (De l'application du forceps sur la tête dernière), par R. LOMER (*Zeitschrift für Geburtshülfe, Band XII, Heft* 1).

L'application du forceps est très diversement appréciée par les auteurs. Tandis que Schrœder la rejette complètement, la considérant comme inutile, Credé admet certaines indications (*R. S. M.*, XXVII, p. 226). L'auteur se range à cette dernière opinion : il reconnaît que cette application présente toujours de très grandes difficultés; mais il croit que, dans certains cas où les tentatives manuelles ont échoué, elle peut sauver la vie de l'enfant et est, par conséquent, préférable à la perforation. Il en a observé 3 cas : 1 à Leipzig et 2 à Berlin. Mais cette application doit toujours rester l'exception, et Schrœder a, suivant lui, pleinement raison de recommander les tentatives manuelles qui présentent plus de sécurité pour la mère et pour l'enfant. H. DE BRINON.

Beitrag zur Physiologie der Austreibungs und Nachgeburtsperiode (Contribution à l'étude physiologique de la période d'expulsion et de la période de délivrance), par SCHRŒDER (*Zeitschrift für Geburtshülfe und Gynæk., Band XI, Heft* 2).

Il résulte d'une série d'observations cliniques faites par l'auteur que, au début de la période d'expulsion, l'utérus se trouve le plus souvent à

droite, et, par suite d'une torsion sur l'axe longitudinal, le ligament rond du côté gauche se porte en avant et celui du côté droit en arrière ; en même temps, le dos du fœtus correspond au bord gauche de l'utérus et se trouve à gauche et en avant. Dès que la tête est engagée, le siège du fœtus n'est plus en contact avec le fond, et, au fur et à mesure que l'expulsion progresse, la distance entre le fond de l'utérus et le siège augmente. Le fœtus, dans la position courbée sur le ventre qu'il occupe pendant la grossesse, mesure de la tête au siège la moitié de sa longueur totale, soit 25 à 26 centimètres pour une longueur totale de 50 centimètres. Lorsque le tronc se redresse pendant l'accouchement, la longueur de la tête au siège atteint 31 centimètres : la distance de la tête au fond de l'utérus mesure à ce moment 35 centimètres et atteint de 46 à 50 centimètres lorsque la tête a traversé. Il n'y a donc pas de pression directe exercée par le fond de l'utérus sur le siège ; la pression exercée sur le fœtus n'est pas, comme le veut Schatz, due à la tendance de l'organe à reprendre sa forme primitive. La force qui tend à expulser le fœtus n'est que le résultat de la pression générale du contenu utérin. Cette pression diminue vraisemblablement vers la fin de l'accouchement et elle est insuffisante par elle-même (au moins chez les primipares) pour faire franchir à la tête le plancher périnéal ; il lui faut le concours des contractions volontaires de la paroi abdominale.

Le placenta commence à se détacher par sa partie centrale ; de là, le décollement gagne les membranes, et si l'insertion a lieu au fond, il se renverse régulièrement sous l'influence de l'épanchement sanguin et vient se présenter à la vulve par sa face fœtale, formant avec les membranes un sac fermé par en bas. Si l'un des bords du placenta est plus rapproché du col, c'est de ce côté que le décollement progresse, tandis que le bord supérieur reste adhérent et l'expulsion a lieu suivant le mode décrit par Mathews Duncan. Il résulte de ces faits que la surveillance de l'utérus avec la main, après l'expulsion de l'enfant, n'est pas nécessaire. Dès que le placenta a été expulsé de la partie supérieure contractée du corps de l'utérus et se trouve dans le segment inférieur, il est indiqué d'aller le chercher directement avec la main ; on reconnaîtra facilement que le moment est venu d'intervenir à la diminution du volume de l'utérus et à la saillie globuleuse du segment inférieur au-dessus de la symphyse.

Dans la discussion consécutive, l'opportunité de cette dernière manœuvre est vivement contestée par A. Martin, qui considère la méthode de Credé comme un progrès et le procédé de Schrœder comme un retour en arrière.

H. DE BRINON.

Zur Lehre von der vorzeitigen Placentarlösung bei Nephritis (Contribution à l'étude du décollement prématuré du placenta dans les cas de néphrite), par WINTER (*Zeitschrift für Geburtshülfe, Band XI, Heft* 2).

L'auteur a eu l'occasion d'observer 3 cas de décollement prématuré du placenta. Ces 3 cas sont remarquables en ce qu'ils sont développés tous les 3 chez des femmes atteintes de néphrites, et sans aucune cause extérieure capable d'expliquer l'accident : l'auteur signale cette coïncidence de la néphrite, sans pouvoir en tirer pour le moment une conclusion formelle. Dans la plupart des cas publiés (160 cas ont été publiés :

Goodell, Brunton), on trouve dans les anamnestiques une violence extérieure agissant sur l'utérus, ou modifiant la pression abdominale. Löhlein a, lui aussi, observé un cas de décollement prématuré du placenta coïncidant avec une néphrite. Dans un cas observé par Bennicke, l'accident se produisit chez une femme atteinte de maladie de Basedow.

H. DE BRINON.

Electricity as a prophylactic and therapeutic agent in obstetrics, par W.-T. BAIRD (*The American journal of obstetrics, avril, mai et juillet* 1885).

L'auteur a employé l'électricité :

1° Contre les vomissements incoercibles de la grossesse, 7 cas. Dans tous les cas la faradisation a produit un soulagement immédiat, et quelques jours ont suffi pour faire disparaître cet accident. Le meilleur procédé consiste à appliquer le pôle négatif directement sur l'orifice externe, le pôle positif sur la région lombosacrée : on devra employer un courant très doux et ne pas prolonger chaque séance au delà de quelques minutes;

2° Contre les hémorragies et l'atonie consécutives à l'avortement. Lorsque l'avortement n'est pas accompli, l'électricité a le pouvoir non seulement d'arrêter l'hémorragie, mais de prévenir l'avortement. C'est ainsi que l'auteur a réussi dans un cas à prévenir par l'emploi du courant faradique un avortement imminent, chez une femme sujette aux avortements habituels, et la grossesse est arrivée à terme ;

Dans 9 cas d'hémorragies consécutives à l'avortement, l'auteur a réussi, à l'aide du traitement électrique seul et des moyens hygiéniques habituels, à arrêter l'hémorragie, et le travail d'involution utérine s'est ensuite accompli régulièrement. Le mode d'application est le même que précédemment ; seulement, l'électrode négative est portée successivement de la région sacro-lombaire à la région hypogastrique, et la durée d'application sur chaque région ne doit pas dépasser 5 à 10 minutes. Le courant, très doux en commençant, est graduellement augmenté, mais ne doit jamais arriver à produire des sensations désagréables ou douloureuses. Les séances doivent être répétées plusieurs jours de suite;

3° Pour provoquer l'accouchement prématuré artificiel. Dans 8 cas (placenta prœvia, vomissements incoercibles, dysenterie, etc.) l'auteur a réussi, avec la faradisation combinée avec la dilatation digitale du col, à provoquer rapidement le travail de l'accouchement : il applique le pôle positif sur la région sacro-lombaire, et le négatif sur la région hypogastrique; il faut que le col soit dilatable, mais dans ces conditions le courant faradique combiné avec la dilatation digitale est le moyen le plus sûr, le plus prompt et le plus économique ;

4° Comme sédatif des douleurs de l'accouchement normal. L'auteur a employé la faradisation dans près de 220 cas; on affirme que l'anesthésie est aussi complète qu'avec le chloroforme et l'éther, et elle a l'avantage de rester localisée à la partie souffrante. Pourvu que le courant employé soit de faible intensité, réparti sur une large surface et non continuel, il peut être prolongé aussi longtemps qu'on veut sans danger pour la mère comme pour l'enfant (24 heures dans un cas de travail lent).

L'emploi de l'électricité ne prédispose pas aux hémorragies puerpérales.

Le courant faradique appliqué pendant l'accouchement augmente la force et la fréquence des contractions utérines : c'est pour l'auteur un ocytocique sans rival. Il a sur l'ergot l'avantage d'agir immédiatement, de se laisser constamment contrôler par celui qui l'emploie, de pouvoir être appliqué d'une manière intermittente, de ne laisser aucune impression de fatigue, et, au contraire, de restaurer les forces épuisées.

L'auteur insiste beaucoup sur cette dernière propriété, dont on n'a pas assez tenu compte dans la pratique.

Comme mode d'application sur les parturientes, l'auteur emploie de préférence la méthode de Murray : un pôle sur le sacrum, l'autre sur la paroi abdominale, et comme électrode pour le pôle abdominal, il se sert de sa propre main mouillée, ce qui lui permet de contrôler à tout instant et la force du courant, et ses effets. Quelle que soit la méthode adoptée, il faut toujours éviter que la tête de l'enfant se trouve comprise dans le courant : le courant ne doit être fermé que pendant la durée des contractions rythmiques de l'utérus. Au point de vue de l'intensité du courant, il suffit qu'il soit senti par la femme, et le soulagement se manifeste souvent de 5 à 10 minutes après le début de l'application ; cependant, dans la généralité des cas, 30 minutes sont nécessaires pour obtenir ce résultat. Il n'y a pas lieu de se préoccuper de la période de l'accouchement, le courant peut être utile à toutes les périodes.

H. DE BRINON.

Ruptured uterus, recovery, subsequent pregnancies (Rupture de l'utérus, guérison, grossesses consécutives), par A. LAWRENCE (*Brit. med. j., p.* 601, 26 *septembre* 1885).

Femme atteinte de rétrécissement pelvien, diamètre antéro-postérieur diminué des 3/4 d'un pouce. On décide de la faire accoucher à sept mois et demi, mais par suite d'une erreur de calcul, on attend jusqu'au huitième mois et demi, et le travail se déclare spontanément. Présentation de la tête, mais procidence de la main droite et du cordon, qui sont repoussés à temps dans le bassin, de sorte que l'accouchement semble devoir marcher régulièrement : mais, au bout de deux heures de vives souffrances, tout à coup le travail s'arrête, et l'abdomen devient douloureux, sans qu'il y ait du reste de phénomènes de collapsus ni d'hémorragie. De nouveau, la main et le cordon sont redevenus procidents : l'auteur se décide à faire la version et ramène l'enfant avec assez de facilité. Vingt minutes après, il va chercher le placenta, mais ne le trouve pas dans le vagin ; d'autre part, l'utérus semble petit et rétracté. En introduisant sa main dans l'utérus il sent le cordon engagé dans une rupture utérine, et constate que le placenta s'est exprimé dans la cavité abdominale, au niveau de la fosse itiaque gauche. Avec quelques tâtonnements, il parvient à l'extraire, en passant la main au travers de la déchirure utérine. La malade est maintenue, le bassin déclive, les jambes élevées, sous l'inflence de la morphine ; on ne lui donne que du lait glacé. Aucune complication ne survient, malgré ce grave accident ; le quatorzième jour, elle se lève en parfait état, présentant une large cicatrice au-devant de l'utérus.

Cette femme est accouchée depuis lors, deux fois à sept mois et demi d'un enfant vivant, mais qui mourut quelques heures après sa naissance. H. R.

Contribution à l'histoire de l'érysipèle utérin et de ses irradiations externes et internes, par BERNUTZ (*Société obstétricale. — Arch. de toc., avril* 1885).

On observe très rarement des cas d'érysipèle des organes génitaux

internes, irradiant en dehors et dont la constatation directe établit certainement la nature. Bernutz en a observé trois cas à six ans d'intervalle.

Dans le premier cas, ce n'est que vers le septième jour des couches, jusqu'alors normales, que l'affection se manifesta par un frisson, de la fièvre et une douleur vive dans le fond du vagin. Le lendemain l'érysipèle occupait les grandes lèvres; il s'étendit jusque dans la région lombaire; la malade guérit.

Dix ans après, l'auteur observe un cas analogue. Dans les premiers jours des couches, une primipare ressentit une douleur sourde dans la fosse iliaque gauche et de ce côté-là la tuméfaction limitée du cul-de-sac vaginal; frisson, fièvre d'ailleurs modérée. Le lendemain, nouveau frisson; le surlendemain, apparition de l'érysipèle au niveau du pli génito-crural. Pas de phlegmon de la fosse iliaque comme on l'avait craint; guérison.

Dix ans après, nouvelle observation, mais cette fois chez une femme en couches, atteinte de métrite hémorragique. Elle avait été couchée à côté d'une malade atteinte d'érysipèle de la face. Elle sort de l'hôpital, mais est obligée d'y rentrer huit jours après. Elle était atteinte d'une pelvi-péritonite. Cinq jours après on constate sur la peau des traces manifestes d'érysipèle évoluant en foyers multiples. Elle est atteinte consécutivement de phtisie rapide; elle succombe. A l'autopsie, on trouve sur la trompe gauche et sur le péritoine des lésions qui autorisent à croire que l'érysipèle primitivement utérin s'est propagé extérieurement du côté de la peau; intérieurement le long de la trompe gauche et sur le péritoine.

L'interne du service, en prenant cette observation, ne suspendit pas ses visites aux nouvelles accouchées et chez celles-ci l'état sanitaire jusqu'alors irréprochable devint mauvais. Trois femmes furent atteintes de septicémie puerpérale à dix jours d'intervalle et succombèrent.

Ces faits montrent les relations de la septicémie puerpérale et de l'érysipèle et permettent de défendre cette idée que quelques formes de la septicémie puerpérale peuvent être assimilées à des érysipèles internes.

PORAK.

Érysipèle de la face chez le mari. Septicémie puerpérale chez la femme, par GUICHARD (*Arch. de tocol., juillet* 1885).

Un homme prend un érysipèle de la face le 15 janvier, sa femme accouche le 17 janvier. Celle-ci présente des accidents septiques le 20 janvier et elle succombe avec les signes manifestes de péritonite généralisée le 30. Le mari a guéri de son érysipèle.

Quoique les soins de propreté donnés à la parturiente aient été des plus défectueux, on peut voir dans cette observation une preuve de l'affinité que présentent entre eux l'érysipèle et les accidents septiques des couches.

PORAK.

De la cocaïne contre la rigidité du col et l'éclampsie, par A.-J. AKULOFF (*Compt. rend. de la Soc. de Vilna*, n° 8, 1885).

Akuloff, ayant trouvé dans un cas de travail difficile et prolongé le col contracturé et complètement fermé, eut l'idée de faire une injection intra-utérine de cocaïne (un tiers de grain). La douleur et le spasme disparurent rapidement, et en deux heures l'accouchement était terminé. Akuloff a employé les mêmes injections dans un cas d'éclampsie et vit cesser les convulsions.

A. C.

Note on a case of diminution of albuminuria in pregnancy (Diminution de l'albuminurie chez une femme enceinte, coïncidant avec la mort du fœtus), par Freeland BARBOUR (*Edinb. med. journ., p.* 701, *février* 1885).

Une jeune femme de 21 ans s'aperçoit vers le 4e mois de sa grossesse d'un léger œdème des jambes, qui va croissant les mois suivants : au 7e mois elle a de l'anasarque et des flots d'albumine dans son urine. A ce moment, l'auscultation fait percevoir nettement les bruits du cœur du fœtus.

Quinze jours après, l'auteur la revoit et est frappé de la disparition presque complète de l'anasarque, coïncidant avec celle de l'albuminurie dans des proportions considérables. Mais le cœur du fœtus ne s'entend plus, la femme ne le sent plus remuer, et cet état de choses date de 8 à 10 jours. Le lendemain, elle accouche d'un enfant mort et macéré.

L'auteur fait remarquer que la diminution de l'albuminurie et la disparition de l'œdème ont précisément daté du jour de la mort du fœtus. Discutant s'il n'y a pas eu là une simple coïncidence, il cite des faits semblables des Drs Underhill, Maclaren et Spiegelberg. Il y a donc là une indication intéressante à relever. H. R.

The treatment of mastitis by bandaging and rest (Le traitement de la mammite par le bandage et le repos), par Philander A. HARRIS (*American journal of obstetrics, vol. XVIII*, 1885).

Le traitement adopté par l'auteur consiste dans l'application d'un bandage tendant à relever la glande et à la comprimer, et dans la cessation de l'allaitement ; l'auteur rejette toute autre espèce de traitement local : frictions avec corps gras, succion, cataplasmes, etc. Le bandage se fait à l'aide d'une bande de coton ; pour le maintenir solidement, tous les points de croisement sont fixés à l'aide d'épingles de sûreté. Une couche de ouate enveloppe directement la glande. L'auteur enlève le bandage et le refait tous les jours. Le soulagement se manifeste dès le premier jour ; la durée d'application du bandage est en moyenne de 6 à 8 jours ; la formation d'abcès est sûrement évitée, et les fonctions de la glande reprennent leur activité immédiatement après le traitement ; si l'on veut continuer l'allaitement lorsqu'une seule glande est malade, l'autre sert à la nourriture de l'enfant ; le lait de la glande saine ne prend aucune mauvaise qualité par le fait de la lésion de l'autre glande ; le seul inconvénient à redouter est son insuffisance. 16 observations détaillées viennent confirmer les avantages de ce traitement. Sur les 16 cas, 8 au moins constituaient des mammites plus ou moins avancées, avec phénomènes généraux. Six fois la glande malade avait été antérieurement le siège d'abcès. Sept fois l'allaitement fut repris après un intervalle de 1 à 15 jours ; un seul cas a suppuré.

L'auteur insiste sur l'erreur dans laquelle tombent suivant lui les auteurs qui recommandent l'évacuation de la glande comme moyen de traitement. Toutes les manœuvres tendant à ce but non seulement sont très pénibles pour les malades, mais n'ont d'autre effet que d'augmenter l'irritation. H. DE BRINON.

MALADIES DES ENFANTS.

Des soins à donner aux enfants nés avant terme, par TARNIER (*Bull. de l'Ac. de méd., t. XIV, n°s* 28 *et* 29).

Aux soins ordinaires dont on entoure généralement les enfants nés avant terme, l'auteur a ajouté deux nouveaux moyens, l'emploi d'une couveuse et le gavage (*R. S. M.*, XXV, 245 et XXVI, 172).

Pour le gavage, on se sert d'une sonde uréthrale en caoutchouc rouge (n° 16 de la filière Charrière). Au bout de cette sonde on ajuste une cupule en verre, dite bout de sein artificiel. Pour pratiquer le gavage, on introduit la sonde mouillée jusqu'à la base de la langue; l'enfant, par des mouvements instinctifs de déglutition, la fait pénétrer jusqu'à l'entrée de l'œsophage. On pousse alors doucement la sonde jusque dans l'estomac où elle arrive après un trajet de 15 centimètres environ, bouche comprise. On verse ensuite le liquide alimentaire dans la cupule, et bientôt celui-ci, par sa pesanteur, pénètre dans l'estomac. La cupule se vide ainsi que la sonde qui lui fait suite. Après quelques instants on retire la sonde; mais il faut le faire par un mouvement rapide, car, si l'on procédait lentement, le liquide alimentaire suivrait la sonde et serait rejeté par régurgitation.

Quant au choix de l'aliment, c'est au lait de femme que Tarnier donne la préférence, bien qu'on obtienne aussi des succès avec le lait d'ânesse coupé d'eau sucrée ou de bouillon. Les repas seront d'autant plus nombreux et la quantité de lait ingéré à chaque gavage sera d'autant plus petite que l'enfant sera plus jeune et plus faible. Huit grammes de lait suffisent pour un gavage, lorsque l'enfant est très petit et qu'il est né loin du terme de la grossesse. Lorsque les gavages sont trop copieux, il survient un œdème considérable de tout le corps, qui disparaît avec une alimentation plus modérée. Si l'on maintient au contraire l'alimentation exagérée, il survient une gastro-entérite souvent mortelle. GASTON DECAISNE.

Untersuchungen ueber die Milchzufuhr und ueber die Iodkaliumausscheidung des Säuglings (Recherches sur la quantité quotidienne de lait absorbé par les nouveau-nés élevés à la mamelle et sur l'élimination de l'iodure de potassium chez le nouveau-né), par Franz HILLEBRAND (*Archiv für Gynækologie, Band XXV, Heft* 3).

Ces recherches, faites à la clinique de Bonn, ont porté sur 25 enfants du sexe féminin ; 9 enfants ont dû être éliminées soit parce qu'elles sont tombées malades, soit parce que les mères elles-mêmes ont été malades. Restent donc 16 enfants, dont 9 appartiennent à des primipares, 7 à des multipares. Pour établir les variations de poids du corps de l'enfant les pesées étaient faites toutes les douze heures, matin et soir. Chaque tetée

était évaluée en pesant l'enfant avant et après la tétée. La moyenne de la quantité de lait absorbé en 24 heures a été :

Jours :	1,	2,	3,	4,	5,	6,	7,	8,	9,	10.
Pour les primipares :	4 gr.	78,	183,	199,	236,	299,	303,	274,	362,	384.
Pour les multipares :	6 gr.	129,	238,	324,	344,	324,	361,	365,	384,	415.

Il résulte de ces chiffres que la quantité de lait absorbé chaque jour va en augmentant jusqu'au 10e jour ; et que la quantité quotidienne de lait absorbé par l'enfant d'une multipare est toujours supérieure à la quantité de lait absorbé par l'enfant d'une primipare. L'enfant d'une primipare est en retard d'un jour et demi environ sur l'enfant d'une multipare soit au point de vue de la progression du poids corporel, soit au point de vue de la progression des tetées.

Les enfants qui ont servi aux expériences de pesée ont toutes reçu deux injections de solution aqueuse d'iodure de potassium en vue de déterminer la durée de l'élimination du médicament. Les urines étaient recueillies avec la sonde. La durée moyenne de l'élimination après la première injection a été de 5 jours 21 heures chez les enfants des primipares, et de 4 jours 15 heures chez les enfants des multipares. La durée de l'élimination a toujours été plus longue après la première injection qu'après la seconde : et tandis qu'après la première injection les variations de durée ont été de 3 à 8 jours, après la seconde injection, les plus grands écarts de durée n'ont pas dépassé 24 heures.

Les phénomènes d'élimination, comme les phénomènes de nutrition, sont plus lents chez les enfants de primipares que chez les enfants de multipares ; et la différence dans la durée d'élimination du médicament est en rapport avec la différence qui existe entre les quantités de lait absorbé.

H. DE BRINON.

I. — Rachitisme et syphilis, par GALLIARD (*France médicale*, 7 *janvier* 1886).

II. — Rachitisme et syphilis, par GIRAUDEAU (*Ibidem*, 9 *février* 1886).

I. — Une jeune femme de 22 ans, primipare, accouche d'un enfant bien portant. Par suite de mauvais soins en nourrice, apparition des signes classiques de rachitisme qui allèrent en s'accentuant de plus en plus. Ce n'est qu'à trois ans et demi que cet enfant a commencé à faire ses premiers pas.

Seize mois après la naissance de ce premier-né, la mère accouche d'un nouvel enfant, qui est mieux nourri, mieux soigné, et dont la santé florissante a toujours contrasté avec l'aspect misérable de son frère aîné.

Deux ans et deux mois après cette naissance, le père présentait un chancre induré du prépuce suivi d'accidents secondaires.

Cinq mois après l'apparition du chancre du mari, c'est-à-dire plus de deux ans et demi après le premier accouchement, la femme était prise de syphilis à son tour.

Cette observation prouve que, contrairement à la doctrine exclusive de Parrot, le rachitisme peut être affranchi de toute relation avec la syphilis. L'auteur ajoute que son petit malade n'a présenté à aucune époque un symptôme quelconque pouvant faire penser à un accident syphilitique.

II. — L'auteur rapporte l'histoire d'une famille de rachitiques, à laquelle il a été appelé à donner des soins. Le mari avait la colonne vertébrale fortement déviée à gauche,la poitrine bombée,les genoux volumineux et les tibias

incurvés en arc de cercle. De temps à autre, il était en proie à des accidents broncho-pulmonaires.

La femme présentait des lésions osseuses analogues, mais moins marquées. Lors d'une première grossesse arrivée à terme, on avait dû l'accoucher au forceps d'un enfant mort. Un an plus tard, on avait pratiqué chez elle un accouchement prématuré à huit mois. Le second enfant, parvenu à l'âge de 8 ans, était atteint de blépharite ciliaire, d'impétigo, d'adénites suppurées, en un mot d'accidents scrofuleux multiples; mais il n'était pas question de rachitisme chez lui.

La mère se plaignit à un moment donné d'accidents syphititiques secondaires des plus évidents (céphalalgie nocturne, fièvre, plaques muqueuses, adénopathies, roséole). Le mari avoua qu'il avait contracté six mois auparavant un chancre induré, suivi d'accidents secondaires dont il portait encore les traces.

Ce fait vient à l'appui de l'opinion que soutient Galliard. L'auteur a observé antérieurement deux rachitiques, un homme et une femme, atteints tous deux des signes les moins équivoques d'une syphilis récente. GASTON DECAISNE.

I. — **Pathogenese der Rachitis, par KASSOWITZ** (*Wien. med. Jahrb. Heft IV p.* 451, 1884).

II. — **Rachitis congenita, par FERRO et KASSOWITZ** (*Soc. des méd. de Vienne* 6 *mars* 1885).

III. — **Rachitis tarda, par KASSOWITZ** (*Soc. des méd. de Vienne,* 10 *avril* 1885).

IV. — **Ein Fall von Rachitis tarda, par WEINLECHNER** (*Soc. des méd. de Vienne,* 24 *avril* 1885).

I. — Dans ce long et consciencieux mémoire, l'auteur étudie d'abord l'anatomie pathologique du rachitisme. Pour lui, il n'y a là qu'un processus inflammatoire chronique, se traduisant d'abord par l'accumulation des globules sanguins et la néoformation exagérée de vaisseaux dans les tissus qui concourent à l'ossification (périchondre, cartilage, périoste), ensuite par la prolifération irritative des éléments du cartilage et du tissu sous-périostique, enfin par la production, autour des vaisseaux congestionnés et néoformés, de tissu indifférent impropre à l'ossification, remplaçant les tissus cartilagineux et osseux. Ce processus est comparable à celui de l'hépatite interstitielle par exemple, où l'on voit le tissu embryonnaire se substituer aux éléments du parenchyme hépatique.

La calcification du cartilage, ne s'effectuant pas dans les parties hyperémiées, est en conséquence d'abord diminuée, puis complètement abolie. Dans le tissu osseux, on voit d'une part les portions calcifiées se détruire et se résorber; d'autre part, les dépôts calcaires d'ossification rester insuffisants ou même nuls dans les segments où la vascularisation s'est exagérée.

C'est donc dans la fluxion sanguine, c'est dans le processus inflammatoire local qu'il faut chercher la cause de la misère du squelette; si l'os rachitique est pauvre en sels de chaux, il n'y a pas lieu d'en accuser la mauvaise répartition des matériaux inorganiques dans les échanges nutritifs généraux, mais seulement l'état anatomique spécial des tissus cartilagineux et osseux.

Cette assertion de l'auteur ne repose pas seulement sur les recherches

anatomiques faites chez l'homme; l'auteur a pu produire artificiellement le rachitisme de certains os chez les animaux en y troublant la circulation sanguine, en y augmentant l'activité vasculaire et l'afflux du sang. Les parties du squelette visées par ses expériences devenaient seules rachitiques, tandis que les autres se développaient normalement, la nutrition générale n'ayant pas été compromise.

Il est difficile de déterminer la cause de cette irritation spéciale d'où naît le rachitisme : on peut incriminer dans certains cas un poison tel que le phosphore, tel que le virus syphilitique. Mais, de plus, pourquoi l'irritation se produit-elle dans les parties du squelette qui sont en voie d'accroissement? C'est que l'apport des couches osseuses normales s'accompagne déjà normalement d'une fluxion vasculaire très considérable, et l'on comprend que cette fluxion puisse s'exagérer facilement. Aussi voit-on le rachitisme débuter à la période de la vie où l'ossification marche avec le plus de rapidité. L'auteur admet qu'il commence très souvent dans les premiers mois et même pendant la vie intra-utérine. Il s'arrête au contraire à l'époque où le travail d'ossification se ralentit.

Cherchant à établir l'influence de l'alimentation sur la production du rachitisme, l'auteur constate que les enfants de la classe aisée ne sont pas à l'abri de la maladie, même quand ils sont allaités par la mère ou une bonne nourrice, mais que les degrés avancés du rachitisme s'observent spécialement dans la classe pauvre et chez les enfants nourris au biberon. Le rachitisme peut exister sans que la nutrition générale paraisse souffrir, sans que les digestions aient été défectueuses, sans qu'il y ait eu de diarrhée saisonnière.

L'auteur admet l'influence de la respiration d'un air vicié, l'influence des climats froids (le rachitisme est rare dans les pays chauds), celle des affections aiguës, des voies respiratoires, de la coqueluche, des exanthèmes. Sans adopter les doctrines de Parrot, il reconnaît le rôle considérable de la syphilis héréditaire.

Le rachitisme est-il héréditaire? On peut dire seulement que tel enfant apporte en naissant une prédisposition spéciale au rachitisme. Cette affection s'observe souvent chez les jumeaux, chez les enfants nés avant terme ou nés de mères très jeunes, de parents scrofuleux, tuberculeux, syphilitiques. Quant aux parents âgés, ils engendrent, d'après l'auteur, peu de rachitiques, contrairement à ce qu'on a affirmé.

L'auteur discute enfin les diverses théories du rachitisme et réfute les opinions des auteurs. Pour lui, le rachitisme n'est que le résultat d'un processus inflammatoire local, dont il reste à trouver les causes dans les anomalies de la vie organique.

II. — Ferro observe un nouveau-né dont la mère, âgée de 31 ans, n'est pas rachitique, dont le père paraît sain et dont le frère aîné, âgé de 2 ans et demi, est bien portant; l'enfant est né à terme et pesait 2,600 grammes. Crâne d'hydrocéphale : diamètre antéro-postérieur, 10 centimètres; fontanelles larges; pas de modification des côtes ni de la colonne vertébrale, mais les os des membres offrent tous des courbures manifestes. Les articulations sont le siège de légers craquements.

Kassowitz a fait l'autopsie d'un nouveau-né rachitique, mort à l'âge d'un mois; le squelette offrait des fractures multiples dues à l'ostéoporose, à l'extrême raréfaction du tissu osseux. Quelques fragments épiphysaires sont déjà reliés par des pseudarthroses.

III. — L'auteur observe un cas de rachitisme tardif chez une fille de dix ans; le rachitisme est remarquable ici par le retard qu'il a apporté à l'éruption des dents permanentes.

L'enfant a pu marcher à l'âge de treize mois; atteinte à l'âge de dix-sept mois de la variole, elle a cessé dès lors de se tenir debout, malgré des traitements divers. Elle a perdu les dents de lait, qui n'ont été remplacées par rien. Elle ne possède que deux molaires inférieures et une molaire supérieure. Courbure de tous les os. Scoliose et lordose.

Le 16 janvier, Kassowitz prescrit à l'enfant le phosphore; quinze jours plus tard, elle peut déjà faire quelques pas; au bout de deux mois, on voit apparaître les deux incisives moyennes inférieures. Au mois d'avril, l'enfant marche convenablement; elle a pris en tout 8 centigrammes de phosphore. Le médicament a donc eu une influence très favorable.

IV.—Fille bien portante jusqu'à l'âge de huit ans; à ce moment, elle contracte la rougeole et dès lors devient incapable de marcher; elle éprouve dans les membres de vives douleurs dès qu'on les touche même légèrement. Les épiphyses sont gonflées et douloureuses; les articulations, enflammées; les os se courbent et deviennent flexibles.

Immobilisation des jointures dans des appareils, pyrophosphate de fer et de soude; plus tard phosphore.

L'enfant a actuellement quinze ans et demi; cyphose et scoliose, courbure des os et des membres (le squelette est devenu rigide); raideurs articulaires, et même ankylose de quelques jointures. Gonflement des épiphyses.

Ce cas de rachitisme tardif est remarquable par les arthrites qui ont accompagné les lésions du squelette, d'où la rigidité au lieu de la laxité articulaire habituelle à cette maladie. L. GALLIARD.

Etiologie et prophylaxie du rachitisme, par J. COMBY (*Arch. gén. de méd., mars* 1885).

D'une série d'observations recueillies pour la plupart au dispensaire de la Société philanthropique, J. Comby conclut que l'alimentation vicieuse des nouveau-nés est la cause exclusive du rachitisme, et par alimentation vicieuse, il entend tout autre aliment que le lait de femme donné à l'enfant avant l'âge d'un an. L'allaitement naturel lui-même, mal dirigé, à tétées trop fréquentes, serait une cause de rachitisme. De ces données étiologiques, l'auteur conclut que l'allaitement naturel, continué sans l'adjonction de lait de vache ou de bouillies jusqu'à l'âge d'un an, est le plus sûr moyen prophylactique contre le rachitisme. P. MERKLEN.

Discussion über die Phosphor-Behandlung der Rachitis (Discussion sur le traitement du rachitisme par le phosphore), par HRYNTSCHAK, GEUSER, MONTI, EISENSCHITZ, KASSOWITZ (*Soc. des méd. de Vienne, avril et mai* 1885).

Hryntschak présente un enfant de 13 mois qui, malgré un traitement par le phosphore de huit mois (12 centigrammes 1/2 de phosphore pendant cette période), offre encore des déformations très marquées du crâne, du thorax et des extrémités. L'auteur a tenté la médication chez 52 enfants, mais il n'a pu la poursuivre que sur 24. Ces 24 sujets lui ont fourni 5 améliorations, 7 cas d'aggravation manifeste, 12 cas stationnaires. Il s'étonne que Kassowitz avec son grand nombre de cas n'ait jamais noté d'aggravation ni même de persistance des symptômes du rachitisme. Il

affirme d'autre part que le rachitisme guérit spontanément, sans phosphore, dans les deux tiers ou même les trois quarts des cas. Du reste il n'admet pas plus les théories pathogéniques de Kassowitz que ses applications thérapeutiques.

Geuser a vu dans plusieurs cas le phosphore réussir sans l'aide d'autres médicaments, de l'huile de foie de morue, des bains, si bien qu'au bout de quatre ou cinq semaines les os du crâne se consolidaient et les symptômes nerveux, surtout le spasme de la glotte, disparaissaient. Il se déclare donc formellement partisan de la médication phosphorée.

Monti ne partage pas cette opinion. Il reproche à Kassowitz de n'avoir pas fourni rigoureusement la preuve de l'influence du phosphore au point de vue de l'ossification du crâne et des autres parties du squelette, au point de vue du système dentaire et aussi du spasme laryngé. Il refuse donc au phosphore le titre de médicament spécifique.

Il fournit trois observations précises :

1° Un enfant de 16 mois, rachitique et souffrant de spasme laryngé, est traité par le phosphore pendant trois semaines; à la fin de cette période (il a pris en tout 0gr,15 de phosphore), on constate qu'il a perdu 300 grammes et que la circonférence de la tête a augmenté d'un centimètre; il n'y a pas d'amélioration du spasme glottique;

2° Un enfant de 10 semaines, rachitique, pesant 4,500 grammes, prend du phosphore pendant trois mois, en tout 6 centigrammes. Il a des sueurs profuses ; les sutures et les fontanelles ne varient pas. Au bout des trois mois il pèse 5,600 grammes, la tête mesure 40 centimètres au lieu de 38 ; au contraire le thorax mesure 37 centimètres au lieu de 39 et la longueur du corps est de 57 centimètres au lieu de 60 1/2. Le résultat n'est donc pas favorable;

3° Enfant de 3 mois, traité par le phosphore jusqu'à l'âge de 6 mois. L'auteur l'observe à l'âge de 11 mois et constate les signes du rachitisme; pas de dents, impossibilité de marcher. Il traite le sujet pendant trois mois par l'huile de foie de morue sans phosphore. A la fin de cette période les fontanelles ont diminué, les cheveux ont augmenté, la poitrine est devenue normale, l'enfant peut courir; il a quatre dents. Son poids et ses dimensions se rapprochent de la normale beaucoup plus qu'au début du traitement. Il y a donc amélioration, mais l'auteur ne croit pas encore à la guérison que Kassowitz aurait peut-être admise dans des circonstances analogues.

Hryntschak présente un enfant de 2 ans, dont l'observation lui paraît importante à connaître. Il a pris depuis sept mois 12 centigrammes de phosphore. Au début du traitement il avait six dents ; c'est seulement depuis quinze jours que huit autres dents sont survenues. Il reste tous les autres signes du rachitisme : gonflement des épiphyses, atrophie musculaire, pâleur de la peau, impossibilité de marcher, peuvent être constatés. Bien que l'enfant n'ait eu ni dyspepsie, ni catarrhe bronchique, il n'a augmenté en huit mois que de 450 grammes (il pèse 7kg,950). C'est là encore un résultat négatif.

Eisenschitz défend les théories de Kassowitz. Si le phosphore n'est pas le médicament spécifique, il rend du moins de grands services et doit être préféré aux autres agents. L'auteur en a constaté la bonne influence sur la consolidation des os du crâne et de tout le squelette.

Kassowitz reprend son argumentation. Le nombre de ses observations s'élève à 1,224 : on lui amène un grand nombre de cas graves, et presque toujours il constate une rapide amélioration de tous les symptômes du rachitisme. Il passe en revue les résultats de ses partisans : Hagenbach à Bâle, Bohn à Königsberg, Unruh à Dresde, Heubner à

Leipzig, Biedert, Wagner, Dornblüth, Sprengel, Rauchfuss, Schmidt, Dippe, Soltmann. En additionnant les faits positifs de tous les auteurs, on arrive à un total de plus de 1,600. L'usage du phosphore dans le rachitisme s'impose donc comme celui du mercure dans la vérole, comme la pratique de la vaccine, malgré l'opposition d'adversaires passionnés. L. GALLIARD.

De la dilatation de l'estomac chez les enfants, par MONCORVO (*Rev. mens. des mal. de l'enfance*, 1885).

En dehors des causes habituelles de catarrhe gastrique, mauvaises conditions hygiéniques et alimentaires qui amènent la dilatation de l'estomac, Moncorvo signale deux causes fréquentes : la syphilis héréditaire et l'intoxication paludique. La recherche de cette dilatation chez l'enfant est plus difficile que chez l'adulte. Pour mettre en évidence ce qu'il appelle la gastro-résonance plessimétrique, c'est-à-dire le bruit de clapotage, Moncorvo fait avaler à l'enfant une solution d'acide tartrique, puis une autre de bicarbonate de soude et arrive, par le dégagement gazeux, à distendre rapidement l'estomac et à pouvoir mesurer ainsi le degré d'ectasie. A. C.

De la température de la paroi abdominale dans les cas d'entérite aiguë et chronique chez les enfants, par MONCORVO (*União medica de Rio-de-Janeiro*, 1885).

Au Brésil, l'entérite infantile est fréquemment la conséquence de l'impaludisme; après la cessation des accès, il persiste souvent une diarrhée tenace et rebelle. Moncorvo a trouvé dans l'exploration de la température locale un moyen de suivre très exactement la marche de l'inflammation intestinale. La température locale normale étant de 35°, 35°6, on la voit osciller entre 36° et 37° pendant toute la durée de l'affection et les oscillations thermiques suivent une marche parallèle à celle de l'affection. On peut avoir ainsi un point de repère très exact du degré de la maladie. A. C.

Morphia in cholera infantum, par Spencer-M. FREE (*Americ. journ. of obst.* *juillet* 1885).

Dans trois cas de choléra infantile (deux avec convulsions, un avec collapsus), l'auteur s'est bien trouvé de l'administration de la morphine et il recommande ce médicament comme un moyen héroïque. Il le donne soit sous forme d'injection sous-cutanée à la dose de 1/8 de grain, soit à l'état sec sur la langue à la dose de 1/12 de grain. L'administration sous forme de potion lui paraît absolument contre-indiquée. H. DE BRINON.

Catalepsy in a child three years old (Catalepsie chez un enfant de 3 ans), par A. JACOBI (*Americ. journ. of med. sc., avril* 1885).

Observation intéressante en raison du bas âge de l'enfant, 3 ans. La catalepsie apparut dans le cours d'une fièvre typhoïde compliquée de coqueluche; les symptômes en furent bien nets pendant près d'un mois. L'enfant guérit.

Monti a relevé (*Handb. f. Kinderh.* V.) onze cas de catalepsie chez des enfants entre 5 et 15 ans. A. C.

De l'hystérie chez les enfants, par PEUGNIEZ (*Thèse de Paris*, n° 307, 1885).

L'auteur de ce travail inspiré par Charcot passe d'abord en revue les causes prédisposantes : 1° l'âge ; l'hystérie se manifeste rarement avant 7 ou 8 ans, et n'a aucune relation avec la menstruation ; 2° le sexe ; il y a bien plus de petits garçons hystériques qu'on ne le suppose ; 3° l'hérédité ; qui est la cause principale du développement de la maladie soit directe, et c'est de beaucoup la plus fréquente, soit indirecte ou de transformation. Pour les enfants il y a une proportion de 82 1/2 0/0 de parents nerveux, tandis que pour les adultes elle varie de 19 à 27 0/0 ; 4° Les influences morales : éducation, lectures. — Les causes déterminantes ont une valeur bien moindre. — Elles sont ou physiques, un accident, des coups, ou morales, la peur, l'imitation. Au point de vue symptomatologique, il établit 3 catégories : l'hystérie sans attaques, débutant surtout par un désordre des facultés affectives sans altération de l'intelligence ; celle-ci peut être touchée, et alors la tendance au mensonge est un des points capitaux ; l'hystérie convulsive qui présente la série des phases habituelles à l'adulte : prodrome, sinconstance, aura à forme variable, enfin l'attaque sous le type d'hystéria-minor ou d'hystéro-épilepsie ; la phase des attitudes passionnelles manque assez souvent chez les enfants ; enfin les symptômes intermédiaires aux attaques : troubles de la sensibilité, caractérisés plus souvent par des plaques d'anesthésie que par l'hémianesthésie, plaques variables d'un jour à l'autre ; — amblyopie très fréquente avec la série des autres troubles oculaires, quelquefois des troubles viscéraux ; troubles de la motilité, spasmes, contracture, etc., en résumé tout l'ensemble des symptômes observés chez l'adulte. H. LEROUX.

Cas de tabes spasmodique observé chez une enfant de 3 ans, par E. CHARON (*Bull. de l'Acad. de méd. de Belgique*, *t. XIX*, n° 5, 1885).

Petite fille âgée de 3 ans et 4 mois : ses membres inférieurs offrent des contractures qui rendent la marche impossible. Les parents ne se sont aperçus des premiers symptômes de la maladie qu'à l'âge de 18 mois. L'intelligence et la sensibilité de l'enfant sont intactes. Les masses musculaires ont à peu près leur volume normal et, à part l'état de contracture des extrémités inférieures, l'enfant jouit habituellement d'un état de santé satisfaisant. Elle n'a commencé à tenter quelques efforts pour marcher qu'à l'âge de 3 ans et 2 mois ; elle marcha sur la pointe des pieds, les deux genoux se touchant sans cesse ; il y a exagération du réflexe rotulien. Le père de l'enfant jouit d'une santé robuste et n'a pas d'habitudes alcooliques. La mère paraît se bien porter ; elle a eu 14 enfants : les 11 premiers sont morts à la suite de manœuvres obstétricales par le forceps. L'enfant, objet de l'observation, est née à 7 mois. F. HENNEGUY.

Meningocele congenita, par SCHOPF (*Soc. des méd. de Vienne*, 6 *février* 1885).

Un garçon présente, à sa naissance, une tumeur grosse comme un œuf de poule, siégeant au milieu du front, partageant le nez en deux parties égales et descendant jusque dans la bouche. Elle est molle, fluctuante, recouverte de peau saine ; quant on la refoule on observe les signes de la compression cérébrale. La grande fontanelle est normale mais petite. Il existe entre les deux moitiés du frontal une large fente qui permet d'explorer la tumeur dans le crâne. Les deux moitiés du nez, dissociées, sont normales. Les maxillaires

supérieurs sont séparés par un intervalle de 2 centimètres que remplit la tumeur et à l'extrémité duquel on voit le bulbe et les piliers parfaitement constitués. Il n'y a pas d'autre malformation ; les parents et les deux frères du sujet sont sains. L. GALLIARD.

Hémorragies capillaires infiltrant la substance blanche des centres nerveux chez une enfant morte de coqueluche, par Fernand VIDAL (*Soc. anat. 6 février* 1885).

Enfant de 5 ans, sujette à des crises nocturnes épileptiformes, morte, au vingtième jour de la coqueluche, des suites d'une broncho-pneumonie.

A l'autopsie, lésions de la broncho-pneumonie; ganglions bronchiques énormes, caséeux; foie graisseux. Dans toute la substance blanche du cerveau on trouve de petits foyers hémorragiques du volume d'une tête d'épingle à celui d'un grain de blé. Chaque foyer présente à son centre un vaisseau capillaire et l'examen fait constater le type des anévrismes disséquants des capillaires. Dans le cervelet et la moelle on trouve ces mêmes foyers hémorragiques, mais moins nombreux et moins confluents. A. C.

Quelques observations d'urticaire dans la première enfance, par COMBY (*France médicale*, 25 *août* 1885).

Les cinq observations rapportées par l'auteur concernent des enfants dont le plus âgé ne dépassait pas 3 ans 1/2, et le plus jeune 19 mois. Tous ces enfants, avant les poussées d'urticaire, avaient présenté des troubles digestifs graves et prolongés qui les avaient conduits à la dilatation de l'estomac et au rachitisme. Les deux premiers étaient atteints de la forme chronique, les trois derniers présentaient la forme aiguë ou subaiguë. L'auteur n'hésite pas à attribuer ces manifestations cutanées à la dilatation stomacale et rapproche ces faits de ceux que Bouchard a observés chez l'adulte. G. DECAISNE.

Case of spontaneous inguinal aneurism in a boy aged twelve years (anévrisme spontané chez un enfant de 12 ans), **par R. William PARKER** (*Med. chir. Transactions*, *LXVII*, *p.* 51).

L'auteur publie l'observation d'un jeune garçon de 12 ans, ayant eu une coxalgie dans l'enfance, chez lequel survint spontanément un anévrisme inguinal. Quand il se présente à l'hôpital, l'enfant est dans des conditions misérables, pâle, émacié; au-dessous du ligament de Fallope, à gauche, on trouve un anévrisme fémoral, mesurant 2 pouces de largeur et de longueur. Ankylose de la hanche droite. On pratiqua onze jours après son admission, le temps de restaurer un peu les forces du malade, la ligature de l'iliaque externe. La plaie guérit par première intention. Huit jours après l'opération, érysipèle débutant à la joue gauche, hémorragie nasale le jour suivant, qu'on ne put arrêter, mort.

A l'autopsie on trouva l'anévrisme dur, rempli de caillots solides.

Parker a relevé, à propos de ce fait, tous les cas d'anévrisme externe non traumatique, spontané, survenus chez des sujets de moins de 20 ans. Il a recueilli 15 observations; dans 8 cas, on a trouvé la coexistence d'une affection cardiaque; deux fois seulement le cœur était sain; il n'a pas été examiné dans 5 cas. Parker discute, à ce sujet, les conditions étiologiques de ces anévrismes du jeune âge. A. C.

Tumeur du sterno-cléido-mastoïdien chez le nouveau-né, par CHARPENTIER (*Société obstétricale. Arch. de tocologie*, *mars* 1885).

On observe quelquefois des tumeurs dures, volumineuses, de consistance et d'aspect cartilagineux, siégeant dans le muscle sterno-cléido-mastoïdien, après la naissance chez des nouveau-nés. L'auteur a eu l'occasion d'en observer cinq cas dont il relate les observations. Quatre fois elles furent consécutives à une application de forceps ; une fois elle fut spontanée. Il s'agissait dans un cas d'une naissance de fille ; dans les autres, il s'agissait de garçons, dont l'un était même très volumineux (4,645 gr.). Dans tous ces cas, la présentation était le sommet. Le siège de la tumeur fut observé quatre fois à droite, une fois à gauche. Le début de la maladie est tardif, du 15e au 55e jour ; la résolution est la règle. La cause est manifestement due à une action traumatique, mais dans quelques cas cette étiologie fait défaut. Il ne faut pas confondre ces tumeurs qui siègent dans le corps même du muscle sterno-mastoïdien avec les indurations sous-cutanées observées souvent au point d'application des cuillers du forceps (*Voy. R. S. M.*, *V*, 629 ; *VI*, 557). PORAK.

Incontinence of urine in children, par J. Lewis SMITH (*The Medical News*, 16 *mai* 1885).

Les huit causes suivantes sont assignées par l'auteur à l'incontinence d'urine des enfants, deux ou plusieurs de ces causes pouvant d'ailleurs se trouver réunies chez un même sujet :

1° Acidité extrême de l'urine, déterminant une contractilité exagérée de la vessie : cette acidité est due le plus souvent à l'excès d'acide urique, et quelquefois à la présence des acides lactique et hippurique ;

2° Sécrétion urinaire trop considérable, causée, en l'absence de toute maladie, telle que le diabète, par la trop grande quantité de boissons ingérées ;

3° Présence d'un calcul vésical : l'incontinence est alors aussi bien diurne que nocturne ;

4° Contractilité anormale de la tunique musculaire de la vessie ; c'est ce qui a permis à Trousseau de regarder l'incontinence infantile comme une névrose et d'en guérir un certain nombre de cas par la belladone ;

5° Faiblesse des fibres musculaires constituant le sphincter vésical ; rare chez les enfants bien portants, cette variété d'incontinence est au contraire assez fréquente chez ceux qui sont mal nourris ou dont le système nerveux est affaibli par la maladie. Elle s'accompagne souvent d'incontinence des matières fécales, les sphincters de l'anus et de la vessie ayant perdu leur tonicité sous la même influence ;

6° Action réflexe des nerfs se rendant à d'autres organes en même temps qu'à la vessie (altérations structurales de la colonne vertébrale, présence d'ascarides dans le rectum, phimosis, adhérences préputiales... ;

7° Influence psychique : l'enfant rêve qu'il est dans un endroit convenable pour satisfaire son besoin ;

8° Malformations de la vessie ou de ses annexes, qui rendent ainsi parfois l'incontinence incurable ; on cite le cas d'une jeune fille chez laquelle l'uretère droit s'ouvrait, non dans la vessie, mais sur le côté du conduit vaginal.

Le traitement varie suivant la cause. R. JAMIN.

DERMATOLOGIE.

Ueber die Mikrophyten der normalen Oberhaut des Menschen (Sur les microphytes de l'épiderme normal de l'homme), par G. BIZZOZERO (*Arch. f. path. An. u. Phys., Band XCVIII, Heft* 3, *p.* 441).

L'auteur fait remarquer que la surface de la peau est recouverte de débris organiques en grand nombre, lesquels sont soumis à une température relativement élevée ; ils se trouvent donc dans d'excellentes conditions pour fournir un terrain de culture pour les microbes. Déjà Eberth en 1875 avait signalé ce fait et avait remarqué que les microorganismes, rares sur les points où la peau était sèche, devenaient abondants dans les régions qui, comme l'aisselle, contiennent des glandes sébacées et sudoripares nombreuses. On rencontre des micrococques de gros volume et des diplocoques dans le cérumen, des bactéries sur le nez, le pénis, le scrotum, mais on peut rencontrer dans diverses régions des microphytes plus volumineux et plus élevés en organisation.

Pour les découvrir il faut dégraisser les squames épidermiques que l'on veut étudier ; l'auteur emploie pour cela l'alcool absolu, l'éther, puis un second bain dans l'alcool. Ceci fait, on peut pour mettre en évidence les microphytes employer l'une des trois méthodes suivantes : 1° éclaircissement par l'acide acétique ou la potasse ; 2° coloration par une solution glycérinée de bleu de méthylène ; 3° combinaison des deux méthodes précédentes, éclaircissement par l'acide acétique qu'on volatilise en chauffant la lamelle, puis coloration par le bleu méthylène, le violet de méthyle ou toute autre couleur convenable.

Les microphytes rencontrés par Bizzozero sont les suivants : 1° des cellules arrondies, d'un diamètre variant de 2 à 6 μ, souvent réunies en amas, présentant une membrane enveloppante fixant fortement le bleu de méthylène et percée de pores régulièrement espacés. Ces cellules se reproduisent par bourgeonnement. Jamais l'auteur n'a vu de mycelium, il leur donne le non de *Saccharomyces sphœricus ;* 2° cellules ovales plus petites (de 2 à 4 μ de long) et plus pâles, membrane d'enveloppe sans pores manifestes, parfois un nucléole brillant, reproduction par bourgeonnement, ce serait pour Bizzozero le *Saccharomyces ovalis ;* 3° micrococques et bactéries fréquents surtout à la tête et dans les cheveux. — Ces diverses variétés ont été signalées par Rivolta et par Malassez qui leur avaient attribué une action pathogène.

L'auteur a étudié d'une façon spéciale les microorganismes des pieds. Outre un grand nombre de micrococques et de bactéries souvent accouplés par deux, il signale des bacilles fixant fortement la fuchsine et présentant deux points brillants. Il insiste surtout sur l'existence de grands filaments colorables par la fuchsine qui se fixe surtout sur leur membrane d'enveloppe et sur une série de granulations brillantes, contenues à leur intérieur et qui sont peut-être des spores ; ces filaments peuvent être

articulés, ils sont souvent réunis en faisceaux et s'insinuent entre les cellules épidermiques.

L'auteur leur donne le nom de *Leptothrix epidermidis*. Il les aurait retrouvés dans l'intertrigo et l'érythrasma sans pouvoir les considérer comme les facteurs de ces affections. Balzer a signalé dans l'érythrasma l'existence du microsporon minutissimum, que Bizzozero déclare n'avoir pas retrouvé, il y aurait vu dans certains cas le microsporon furfur, ce qui rapprocherait cette affection du pityriasis versicolor. En outre il y aurait presque constamment vu le leptothrix de l'épiderme auquel il ne croit pouvoir attribuer aucune action nocive. Sur la peau des diabétiques, l'auteur aurait vu d'autres variétés de microphytes, surtout des conidies et des filaments qu'on trouverait sous le prépuce dans les cas de balano-posthite diabétique. On y trouverait en outre des espèces appartenant aux genres torule et spirochète.

P. GALLOIS.

Nouveau cas de dégénérescence colloïde du derme, par H. FEULARD (*Ann. de derm. et de syph., juin* 1885).

Homme de 40, ans jardinier, sobre, sans tare pathologique. Début par la joue gauche et extension dans l'espace de quatre ans au nez, au front et à la joue droite. L'éruption consiste en petites élevures isolées et surtout groupées en placards.

Les éléments sont de couleur jaune citron, variant de la grosseur d'une tête d'épingle à celle d'un grain de mil; aspect transparent, comme séreux. La ponction avec expression n'en fait sortir qu'une gelée jaunâtre mêlée de sang. Le malade aurait eu, vers l'âge de 15 à 16 ans, la même affection sur le dos des mains et elle aurait disparu spontanément. Traitement par le raclage à la curette tranchante, résultat excellent

L'examen histologique (Balzer) montre les blocs colloïdes situés généralement dans les espaces qui séparent les appareils pilo-sébacés. Intégrité générale des épithéliums épidermiques et glandulaires, dégénérescence partielle de la gaine adventice des glandes. La maladie paraît débuter par les faisceaux conjonctifs du derme, qui se tuméfient et refoulent les fibres saines, d'où formation de loges qui se vident par raclage. Peut-être la lésion primordiale est-elle d'ordre vasculaire.

H. DANLOS.

Contribution à l'histoire des myomes cutanés, dermatomyomes, liomyomes de la peau, par E. BESNIER (*Ann. de derm. et de syph., juin* 1885).

Besnier complète dans ce travail l'observation qui fait la base de son premier mémoire (1880). Les tumeurs ont très lentement augmenté de nombre et de volume sans dépasser les dimensions d'une amande. Leurs caractères sont restés immuables : vitalité de la peau normale ; aucune tendance à l'irritation ou à la régression ; extraordinaire sensibilité aux frottements et surtout à la pression. Jamais de crises douloureuses spontanées ni de troubles vaso-moteurs. Pas de récidives des tumeurs enlevées pour la biopsie. La malade a succombé à des accès de dyspnée asystolique après avoir été atteinte d'un cancer squirrheux des deux seins.

L'autopsie a confirmé le diagnostic de carcinome mammaire, et montré l'existence de fibro-myomes utérins. L'examen des tumeurs cutanées fait par Balzer a montré de nouveau les lésions déjà signalées par lui :

faisceaux de fibres lisses entre-croisés dans tous les sens. D'une manière générale les amas musculaires avaient la forme d'une lentille biconvexe et paraissaient avoir plus de tendance à envahir l'hypoderme que le derme. L'examen des coupes traitées par la potasse et l'éosine a montré en outre, comme particularité non signalée dans le premier examen, l'existence autour des faisceaux musculaires d'un abondant réseau de fibres élastiques. Les vaisseaux et nerfs étaient peu abondants. H. DANLOS.

Étude sur un cas d'adénomes sébacés de la face et du cuir chevelu, par BALZER et MÉNÉTRIER (*Archives de physiologie*, 15 *novembre* 1885).

La malade qui fait le sujet de cette étude présentait à la face et dans le cuir chevelu un nombre considérable de petites tumeurs cutanées. Ces tumeurs s'étaient développées lentement et n'atteignaient au plus que les dimensions d'un petit pois. De forme hémisphérique, sessiles ou légèrement pédiculées, rénitentes, de même couleur que la peau, elles offraient par places de petits points blancs, correspondant à des kystes situés dans leur intérieur. Après l'ablation, elles n'avaient montré aucune tendance à se reproduire. Comme diagnostic clinique, on pouvait, au premier abord, penser à l'acmé varioliforme, ou à quelque variété insolite de molluscum; mais après un examen attentif, on devait reconnaître que l'affection ne resemblait à aucun type actuellement décrit.

L'examen microscopique montra que ces tumeurs étaient constituées par des lobules de tissu néoplasique soutenus et engainés par un stroma conjonctif, et recouverts d'une couche épidermique normale. Les lobules néoplasiques étaient constitués par de petites cellules épithéliales tassées les unes contre les autres et souvent disposées en travées formant une sorte de réticulum. Ils affectaient les rapports les plus intimes avec les appareils pilo-sébacés, en rappelaient la forme, et par places on pouvait retrouver des glandes sébacées ou des follicules pileux en partie sains, en partie transformés en tissu nouveau. De plus l'évolution du néoplasme le rapprochait encore du système sébacé. En effet, un grand nombre de kystes, renfermant de la matière sébacée, se rencontraient soit au milieu des lobules, soit tout au moins en connexion avec eux, et ces kystes semblaient résulter de l'évolution même du tissu nouveau, dont les éléments, par une sorte de régression, avaient subi la transformation sébacée.

C'est en tenant compte de ces caractères, du nombre de ces tumeurs, de leur tendance à se pédiculiser, de leur bénignité évidente, de leur engainement dans une couche de tissu conjonctif complet, de leur évolution analogue à celle du tissu glandulaire dans lequel elles avaient pris naissance, que les observateurs ont cru devoir leur donner le nom d'adénomes sébacés, et les distinguer des épithéliomes proprement dits.

A. GILBERT.

Ueber eine neue Form der Hauttuberkulose (Nouvelle forme de la tuberculose cutanée), par RIEHL (*Soc. des méd. de Vienne*, 16 *octobre* 1885).

Aux formes connues de tuberculose cutanée (tuberculose miliaire subaiguë, scrofuloderma et lupus vulgaire), l'auteur ajoute une quatrième variété; il propose de la désigner sous le nom de tuberculose verruqueuse de la peau. Sa description est fondée sur quinze observations.

L'affection se localise aux mains (surtout au dos de la main et des

doigts) et au tiers inférieur des avant-bras. Elle se présente sous forme de plaques verruqueuses entourées d'une bordure érythémateuse sur laquelle surviennent des pustules. Celles-ci se dessèchent, et après la chute des croûtes on voit une surface rugueuse, brunâtre ou violacée. Les rugosités se transforment en papillomes recouverts de couches cornées.

Sur les plaques en pleine évolution, c'est-à-dire dont les papilles ont de 2 à 5 millimètres de hauteur, on trouve dans l'intervalle des papilles de petites pustules dont le produit imbibe les couches cornées.

Au bout de quelques semaines survient la période de décroissance; la sécrétion purulente s'arrête, il n'y a plus que des dépôts épidermiques. Dès lors le processus est très lent : c'est seulement au bout de plusieurs mois que les papillomes s'affaissent, perdent leur revêtement corné, et finissent par disparaître en laissant à leur place des cicatrices parfaitement lisses.

Les plaques ont des dimensions variables ; les plus grandes sont cicatrisées au centre, tandis que les lésions progressent à la périphérie.

Jamais de tuméfaction des glandes ni de retentissement sur la nutrition générale. La marche est fort lente ; la maladie peut durer 15 ans. Les sujets atteints, tous robustes, âgés de 19 à 45 ans, avaient des professions qui les exposaient au contact des animaux ou des produits animaux (cochers, bouchers, cuisinières). Dans tous les cas l'auteur a trouvé les bacilles de Koch, logés soit dans les cellules géantes épithélioïdes, soit dans le tissu de granulations.

Le diagnostic est facile, il repose surtout sur l'absence d'ulcérations qui le distingue du lupus, de la lèpre, de la syphilis. Pronostic en général favorable. Traitement : caustiques, excision, raclage ou mieux thermo-cautère Paquelin ou galvano-cautère.

L. GALLIARD.

Uber das Pigment der menschlichen Haut (Sur le pigment de la peau de l'homme), par UNNA (*Monatsh. f. prakt. Dermatol.*, 1885).

L'auteur s'occupe exclusivement du pigment épidermique dont il distingue deux variétés, le *pigment proprement dit* et la *coloration cornée.*

Ce *pigment proprement dit* est d'un brun sombre et finement granuleux ; il entoure les cellules crénelées les plus profondes et s'étend dans les espaces lymphatiques de l'épiderme ; il disparaît brusquement au niveau de la couche granuleuse. On ne sait pas encore s'il siège seulement entre les cellules ; Unna tend à croire qu'il occupe exclusivement les espaces lymphatiques ; les cellules crénelées ne pourraient produire le pigment ni l'absorber comme le font les cellules migratrices. Si, dans les cas où il est très abondant, il peut pénétrer en petite quantité dans ces éléments, ce serait par l'intermédiaire de fines gaines lymphatiques qui accompagnent dans le protoplasma cellulaire les extrémités nerveuses et se terminent dans le noyau.

La *coloration cornée* commence au-dessus de la couche granuleuse, au niveau du *stratum lucidum ;* elle varie du jaune clair au jaune foncé, au brun et au noir. On peut voir, sur des coupes minces, qu'elle a pour siège le revêtement corné des cellules, d'où son nom. A l'état normal, elle est d'un jaune clair, aussi bien chez le nègre que chez l'Européen. Elle devient plus foncée dans divers états pathologiques, particulière-

ment à la pointe des comédons, dans l'ichthyose et dans une affection de la paume des mains semblable au xérosis.

Il n'y a aucun rapport entre la coloration cornée et le pigment ; cette coloration dépend manifestement de l'âge des cellules cornées. Par quel mécanisme se produit-elle ?

Unna a cherché à démontrer que la kératinisation des cellules crénelées est liée à une soustraction d'oxygène coïncidant avec une soustraction d'eau ; ce processus s'accomplit dans le revêtement des cellules épithéliales. Il est en relation étroite avec le développement de la coloration cornée ; on peut, en faisant intervenir l'oxygène libre à l'aide du bioxyde d'hydrogène, empêcher la kératinisation et faire disparaître la couleur sombre de la couche cornée déjà produite ; par contre, les agents réducteurs, tels que le soufre, favorisent la kératinisation en même temps qu'ils foncent la coloration de la couche cornée déjà formée. C'est surtout en modifiant la coloration cornée que le bioxyde d'hydrogène blanchit la peau et peut faire passer les cheveux du noir le plus pur à la transparence complète, en passant par le brun et le blond. Les choses se passent comme pour le précipité d'osmium qui se transforme sous l'influence du même réactif en acide hyperosmique incolore. Il doit se produire dans la couche de revêtement des cellules, pendant leur kératinisation, une substance qui engendre, suivant son épaisseur, les diverses nuances de la coloration cornée que l'oxydation peut décliver.

La coloration cornée tend spontanément à devenir plus foncée, car la substance qui en est le siège constitue par elle-même un agent réducteur; on en a la preuve dans l'action qu'elle exerce sur l'acide osmique et sur le nitrate d'argent ; la lumière intervient dans cette action ; si le contact de la peau avec le nitrate d'argent a lieu dans l'obscurité, la coloration noire ne se produit que très tardivement et avec peu d'intensité.

C'est très vraisemblablement au soufre qu'elle renferme que la couche cornée de l'épiderme doit son pouvoir réducteur. On peut s'expliquer ainsi comment elle tend spontanément à prendre une coloration plus sombre, chaque fois que sa chute physiologique tarde à se produire, comme dans le comédon, l'ichthyose, la kératose, l'onychogryphose, les verrues, etc. Il faut tenir grand compte à cet égard de l'influence de la lumière ; les comédons de la tête se colorent en brun beaucoup plus rapidement que ceux des membres; dans l'ichthyose, les parties les plus colorées sont les plus superficielles.

Il résulte de ces faits que la coloration cornée est le produit d'une décomposition qui se produit rapidement à la lumière, lentement à l'obscurité ; certains éléments de la kératine (probablement ceux qui renferment le soufre) ont la propriété d'enlever, sous l'influence de la lumière, l'oxygène aux autres parties de la couche cornée et de l'employer à leur propre oxydation.

Le *pigment proprement dit* peut également être modifié par l'oxydation; les agents qui permettent de le transformer le plus sûrement en un produit incolore sont des corps vecteurs d'oxygène, tels que le bioxyde d'hydrogène, le sublimé, l'acide nitrique et les préparations iodées.

L'étude du pigment cutané a pris un nouvel intérêt depuis que l'on a reconnu l'existence d'une maladie, le *xeroderma pigmentosum*, qui commence par une simple anomalie pigmentaire pour aboutir au développe-

ment de néoplasies cancéreuses. Les auteurs sont d'accord pour admettre que l'action de la lumière solaire joue un rôle considérable dans l'étiologie de cette maladie.

L'auteur s'est efforcé d'arriver à éliminer cette influence à l'aide de substances capables d'absorber les rayons nuisibles ; ses expériences lui ont montré que le curcuma est le corps qui possède au plus haut degré cette propriété ; il propose de maintenir les malades atteints de xeroderma dans une chambre dont les carreaux présentent la même coloration jaune que les verres et la chambre obscure des photographes.

H. HALLOPEAU.

Observation de chro drose ou chromocrinie, par FÉRÉOL (*Bullet. de l'Ac. de méd., tome XIV, n°* 33).

Il s'agit d'une hystérique de 20 ans environ, qui, à la suite d'un traitement qui amena la fin des grandes crises, devint tout à coup sujette à l'affection en question. C est par les paupières qu'elle débuta. A certains moments, elles devenaient bleuâtres, et la coloration augmentait lorsqu'on adressait la parole à la malade. Peu après, la même coloration se montra au-devant du sternum, dans le sillon intermammaire et aux deux aisselles ; mais ces localisations furent passagères. En revanche, la chromidrose palpébrale alla en augmentant ; la toilette de la face chaque matin l'atténuait sans la faire disparaître. Le bleu, du plus bel indigo, poussait exclusivement sur les paupières inférieures ; le maximum de coloration occupait le sillon du rebord orbitaire. Aucune humidité n'accompagnait la secrétion ; c'était une coloration sèche, ou seulement un peu onctueuse. La couleur s'enlevait par le simple frottement, mais un peu intense, d'un mouchoir, lequel devenait indigo au point correspondant. Au microscope on constatait toutes les particularités décrites par Ordonez. Ce qu'il y avait de plus remarquable, c'était la ressemblance des fragments de matière colorante avec les écailles résultant du baume de Canada desséché.

GASTON DECAISNE.

Leucoplasia buccalis and lingualis or ichthyosis linguæ ; success ful treatment with the galvano-cautery (Traitement de la leucoplasie buccale), par Fletcher INGALS (*New York med. journ.*, 25 *juillet* 1885).

A propos d'un cas de leucoplasie, guéri par le galvano-cautère, l'auteur retrace sommairement l'histoire de cette affection qui mérite, selon lui, une place à part.

La leucoplasie buccale est une maladie idiopathique, distincte du psoriasis, de la syphilis et de ce que l'on nomme les plaques des fumeurs. On l'observe surtout chez l'homme d'âge adulte, exceptionnellement chez la femme.

On rencontre si fréquemment cette maladie chez les fumeurs endurcis qu'on peut regarder comme une cause prédisposante l'abus du tabac ; on a vu des cas chez des sujets qui n'ont jamais fumé.

C'est une affection chronique qui, dans la majorité des cas, aboutit à un épithélioma.

Les traitements internes, les applications locales, sédatives ou caustiques, sont le plus souvent plus nuisibles qu'utiles.

L'emploi du cautère ou du galvano-cautère, dès le début, donne de bons résultats.

A. C.

Glossodynia exfoliativa, par KAPOSI (*Wien. med. Presse*, *n°* 12 *et suiv.*, 1885).

L'auteur désigne sous le nom de glossodynie exfoliatrice une affection douloureuse, chronique de la langue, sans lésion anatomique bien caractérisée. On l'observe surtout chez les femmes à la période moyenne de la vie, rarement chez les vieillards.

Les malades se plaignent de brûlures, d'élancements, surtout au niveau des bords et de la pointe de l'organe, durant jour et nuit, troublant le sommeil, n'étant modifiés ni par les mouvements ni par le contact des aliments. Ces douleurs tourmentent les malades à tel point qu'elles peuvent déterminer un état mental inquiétant, l'excitation ou la dépression cérébrales, la mélancolie, la folie.

Il n'y a pas d'autre signe physique que la desquamation des bords et de la pointe de la langue, la dénudation des papilles filiformes et fongiformes apparaissant sous forme de points rouges, l'existence de plaques à bords sinueux, en carte de géographie. L'auteur a cherché sans succès, dans ces cas, le gonflement des papilles foliacées décrit par Albert.

Quelle est la cause de la glossodynie? L'exfoliation ne peut être considérée comme suffisante à expliquer les atroces douleurs, d'autant plus qu'elle existe chez certains sujets sans déterminer aucune souffrance : il faut donc invoquer l'excitabilité nerveuse, l'hystérie. La glossodynie est souvent liée à l'anémie, à la dyspepsie chronique, aux troubles de la digestion, à la constipation.

Le pronostic est sérieux. Le traitement est local et général : opium, cocaïne, borax, iode, tannin, etc., ou mieux application d'une solution de nitrate d'argent; d'autre part, traitement de la dyspepsie, médication tonique, bains, hydrothérapie. La guérison complète est rare, mais il y a presque toujours amélioration. Certains cas sont absolument rebelles à tous les traitements. L. GALLIARD.

Du traitement rationnel de l'affection furonculeuse, par GINGEOT (*Bull. gén. de thérap.*, *janvier* 1885).

Gingeot croit à la nature parasitaire du furoncle ; le développement est favorisé par de mauvaises conditions nutritives crées par le diabète, la diathèse urique, les maladies fébriles, l'emploi intempestif de certaines médications. Le traitement doit donc chercher à détruire ce parasite : on devra, dans ce but, proscrire les cataplasmes, les bains simples ou émollients, les vésicatoires. Les médications comme le nitrate d'argent, les lotions phéniquées, alcalines, agissent comme parasiticides. Néanmoins les diverses méthodes usitées en général ont des inconvénients. Voici celle que propose Gingeot : application locale de rondelles d'ouate imprégnées d'alcool camphré, ou mieux encore badigeonnage à la teinture d'iode, ou application de solution alcoolique d'acide borique. Pour prévenir la furonculose, il conseille l'hyposulfite de soude à l'intérieur ou les préparations sulfureuses ces ; dernières lui ont semblé fournir les meilleurs résultats. Il administre d'ordinaire la poudre sulfureuse de Pouillet à la dose de 20 centigrammes à 1 gramme. A. C.

Note sur un cas de psoriasis vaccinal et sur la signification pathogénique de cette affection, par E. CHAMBARD (*Ann. de Derm. et de Syph.*, *p.* 498, 1885).

A propos d'un fait de psoriasis disséminé typique, développé à l'occasion d'une revaccination chez un enfant de cinq ans, l'auteur se demande si l'on ne pourrait pas pour certains faits adopter la théorie parasitaire soutenue par Lang et Eklund. Elle rendrait compte dans le cas actuel du mode de développement des lésions qui, primitivement limitées au point d'inoculation, se sont généralisées dans l'espace de quelques jours grâce aux grattages violents auxquels se livrait l'enfant. H. DANLOS.

Two cases of acute abcess occuring in anœsthetic leprosy; amputation, par Beaven RAKE (*Brit. med.*, *p.* 545, *septembre* 1885).

L'auteur, attaché à un hôpital de lépreux à la Trinité, rapporte, à titre de complication rare de la lèpre, l'observation de deux individus chez lesquels se développèrent, dans le cours d'une lèpre anesthésique, une série de phlegmons suppurés qu'il fallut ouvrir et qui nécessitèrent même l'amputation d'un membre. L'un des malades guérit, mais l'autre mourut, et l'on trouva à l'autopsie des fusées purulentes qui avaient suivi les nerfs du plexus brachial jusqu'à leur origine. Les causes de la suppuration restèrent obscures et la marche de ces phlegmons fut insidieuse, en sorte que l'auteur admet une relation de cause à effet entre la lèpre et les abcès multiples de ces malades. H. R.

I. — La lèpre doit-elle être considérée comme contagieuse? par L. BROCQ (*Ann. de Derm. et de Syph.*, *p.* 650 *et* 721, 1885).

II. — Études comparatives sur la lèpre en Italie, par H. LELOIR (*Ibidem*, *p.* 639, 1885.)

III. — Ueber Lepra in Norwegen (De la lèpre en Norvège et un cas de lèpre indigène), par LANG (*Wiener med. Blätter*, 1885).

IV. — Sur la contagiosité de la lèpre, par VIDAL (*Bulletin de l'Académie de médecine, XIV, n°* 41).

I. — Étude critique fort intéressante à propos de la discussion académique récente, et dans laquelle l'auteur établit nettement la contagiosité de la maladie en se basant :

1° Sur quelques faits isolés de contagion;

2° Sur l'étude des petites épidémies isolées (Louisiane, Cap Breton);

3° Sur le développement des épidémies insulaires récentes (Sandwich, Maurice) et l'évolution des grandes épidémies;

4° Sur l'influence heureuse de l'isolement des lépreux (Norvège).

Il montre en outre l'inexactitude et l'insuffisance de plusieurs assertions portées à la tribune académique par les adversaires de la contagion.

II. — Il résulte de ce travail que dans l'Italie septentrionale (Gênes, San Remo, etc.), la lèpre est dissimulée par les malheureux qu'elle frappe, plutôt que réellement éteinte.

Étudiant ensuite à un point de vue général la genèse de cette affection, l'auteur conclut qu'en Italie comme ailleurs les mauvaises conditions

hygiéniques, et les émotions morales ne sauraient être la cause unique du mal dont il admet la nature parasitaire; réservant toutefois la question de contagion qu'il ne considère pas comme positivement démontrée. H. DANLOS.

III. — L'auteur retrace les symptômes et l'anatomie pathologique des variétés de lèpre en insistant sur la forme anesthésique dont il a observé deux cas en 1884 à Inspruck. Le traitement doit se borner jusqu'à nouvel ordre à la tonification des malades; la prophylaxie commande l'isolement.

IV. — Vidal se demande si, chez des individus prédisposés par la débilitation de l'organisme, la maladie ne peut pas se communiquer par le pus et le sang provenant des ulcérations des malades. Ce qui rend cette supposition vraisemblable, c'est la découverte d'Hansen et Neisser.

Les expériences sur les animaux n'ont pas permis de juger la question. Les recherches de Köbner, d'Hillairet, de Colin, de Danisch, celles de l'auteur lui-même sont demeurées infructueuses à cet égard. Mais de ce que la lèpre jusqu'à ce jour n'a pas été inoculée aux animaux, il ne s'ensuit pas que l'espèce humaine soit réfractaire à son inoculation.

C'est à l'idée de la contagion qu'on a dû l'extinction de la lèpre dans les pays où elle était autrefois considérée comme endémique. Grâce à l'isolement des malades, à la création des léproseries, la maladie a graduellement disparu du centre de l'Europe. Des résultats très satisfaisants ont tout récemment été obtenus en Norvège depuis la promulgation de l'obligation d'isoler les lépreux.

L'auteur conclut en conseillant les mesures de prophylaxie proportionnées au degré de civilisation des peuples. Les précautions, les soins de propreté, les pansements antiseptiques, les léproseries confortablement installées, tels sont les moyens qui doivent suffire pour empêcher une contagion qui paraît démontrée aujourd'hui. GASTON DECAISNE.

I. — Lupus hypertrophique du tronc et des membres inférieurs, par SCHUTZ (*Berlin. klin. Woch., p.* 677, *octobre* 1885).

II. — Inoculation d'un fragment de lupus dans l'œil d'un lapin, par ARNOZAN (*Journal de médecine de Bordeaux,* 27 *septembre* 1885).

III. — On the treatment of lupus by parasiticides, par J.-C. WHITE (*Boston med. and surg. journ.* 29 *octobre* 1885).

I. — Ouvrier âgé de 27 ans, présentant un lupus hypertrophique serpigineux qui occupe la région fessière droite, le périnée et la face interne de la cuisse droite. Les tubercules, nettement délimités à leur pourtour, font une saillie notable, qui atteint pour certains 2 centimètres ; ils s'étendent sur une superficie dont le diamètre maximum varie de 21 à 25 centimètres. Au voisinage du lupus se trouvent plusieurs abcès fluctuants et des ulcères à bords décollés et sinueux. Dans les aines se voient de vastes cicatrices disposées en cordons ou en réseaux, résultant d'adénites suppurées. J. B.

II. — L'auteur introduit un fragment de lupus tuberculeux de la face dans la chambre antérieure de l'œil d'un lapin. Aucune suite fâcheuse immédiate. Quatre mois après on aperçoit derrière la cornée et adhérant à cette membrane une masse gris jaunâtre, arrondie, présentant l'aspect d'un gros tubercule caséeux, du volume d'une grosse lentille.

Un mois après; on ne constate aucun changement sauf une diminution de poids de 20 grammes.

L'animal est porté à la campagne pendant six mois. A son retour sa santé générale est bonne, son poids a augmenté de 700 grammes. Mais l'œil est altéré dans son ensemble : conjonctivite légère : kératite interstitielle; iritis; ramollissement du globe oculaire, et infiltration de pus dans les lames de la cornée, se présentant sous forme d'un croissant blanc jaunâtre, qui remplace le gros noyau primitif d'aspect caséeux.

OZENNE.

III. — Les applications directes de sublimé corrosif modifient très rapidement les lésions initiales du lupus. Les tubercules, quelle que soit leur forme ou leur consistance, commencent à se résorber au bout de huit jours et disparaissent au bout de un à deux mois de traitement. Lorsque la lésion est plus avancée, lorsqu'il existe des ulcérations recouvertes de croûtes, l'action du sublimé est moins évidente; elle est quelquefois complètement nulle. Cet agent peut encore rendre de grands services dans la forme scléreuse du lupus; mais son action est très lente. Comme agent curatif, le sublimé peut soutenir la comparaison avec tous les autres médicaments employés dans le traitement du lupus. Empêche-t-il les récidives? Les expériences sont trop récentes et trop peu nombreuses pour que l'on puisse juger cette question.

Dans les formes tuberculeuses et non ulcératives, la pommade (5 à 10 centigrammes de sublimé pour 30 grammes d'axonge) réussit mieux que les lotions. Il faut l'appliquer deux fois par jour. Les lotions conviennent mieux dans les formes ulcératives.

Les accidents toxiques sont rares; ils surviennent quelquefois au bout de deux ou trois semaines de traitement, mais seulement dans le cas où le lupus siège dans le voisinage immédiat de la bouche.

L'auteur a peu d'expérience de l'acide sulfureux; l'acide salicylique, dissous dans l'huile de ricin, d'après la méthode de Marshall (dans la proportion de 2 à 4 parties d'acide 0/0 d'huile) lui a rendu de très grands services, surtout daus un cas de lupus ulcéré, dans lequel on n'avait employé aucun autre parasiticide. J. B. H.

Die Mikroorganismen des Lichen ruber, par LASSAR (*Soc. physiol. de Berlin*, 31 *juillet* 1885).

Considérant qu'au point de vue clinique le lichen ruber a les allures d'une affection parasitaire, l'auteur a examiné un lambeau cutané excisé chez un sujet préalablement anesthésié. Dans les fragments durcis à l'alcool, il a trouvé de nombreux foyers inflammatoires autour des follicules pileux et des tubes glandulaires, puis il a vu les vaisseaux lymphatiques infiltrés et dilatés. Ces vaisseaux contiennent des agglomérations cylindroïdes de micro-organismes colorables par la fuchsine et diverses préparations d'aniline, ressemblant au premier abord aux zooglées de la pyémie. En réalité ce sont des bâtonnets extrêmement petits et ténus. On les retrouve en dehors des lymphatiques, mais en moins grand nombre. Ils se distinguent des autres microbes connus par leurs faibles dimensions et par les amas considérables qu'ils produisent en s'accumulant. L. GALLIARD.

Ueber Kraurosis Vulvæ, etc. (**Du kraurosis de la vulve, forme peu connue d'atrophie de la peau au niveau de la vulve**), par **BREISKY** (*Zeitschr. f. Heilk. Band VI, Heft* 1, *p.* 69).

Sous ce nom (κραυρωσισ, ratatinement), Breisky désigne une affection qu'il a observée 12 fois et qui consiste dans un ratatinement atrophique de la vulve, au niveau du vestibule, du clitoris, des grandes et des petites lèvres. Dans les cas les plus prononcés, on ne trouve plus que des traces des petites lèvres; toute la région entre le mont de Vénus et l'orifice urétral est lisse; il n'y a plus qu'une ligne cicatricielle au niveau du clitoris; le frein et le capuchon de cet organe ont disparu. La lésion atrophique est moins marquée dans le segment postérieur de la vulve; mais il existe une sténose du vestibule qui peut gêner le coït et l'accouchement.

Breisky a pu dans un cas faire l'examen histologique; la lésion consistait en une atrophie des couches superficielles du chorion et surtout du corps papillaire avec disparition presque complète des glandes.

La lésion évolue d'ordinaire d'une manière latente, sans déterminer d'ordinaire aucun symptôme, même des démangeaisons. Toute donnée étiologique fait défaut; elle ne paraît succéder à aucune affection vulvaire; on l'observe à tout âge (de 19 ans à 50 ans), chez des femmes stériles, unipares ou multipares. L'auteur ne discute pas l'hypothèse de la sclérodermie partielle. L. D. B.

Etiology and pathogenesis of drug eruptions (**Eruptions médicamenteuses**), par **MORROW** (*Journ. of cut. and vener. diseases, avril-mai* 1885).

Après avoir rappelé qu'une idiosyncrasie mal connue dans son mécanisme est une condition nécessaire au développement de ces éruptions, l'auteur discute les diverses théories qui ont la prétention de les expliquer:

a. Affinité élective des glandes de la peau pour certaines substances capables de s'éliminer par le tégument (iode, brome, etc.).

b. Altération spéciale du sang déterminant des troubles vaso-moteurs, exemple : Urticaire ab ingestis, etc.

c. Troubles fonctionnels du système nerveux central consécutifs à l'absorption des drogues. C'est à cette dernière théorie que l'auteur après discussion donne la préférence. Il résume son opinion par le syllogisme suivant: Les éruptions médicamenteuses sont dues à des idiosyncrasies; les idiosyncrasies sont des névroses; donc les éruptions médicamenteuse sont des névroses. H. DANLOS.

Des éruptions cutanées chirurgicales, par **A. VERNEUIL** (*Ann. de Derm. et de Syph., p.* 575, 1885).

Dans ce travail, Verneuil étudie spécialement l'herpès consécutif aux opérations ou aux traumatismes, et dont il distingue trois variétés :

Herpès périphérique. — L'éruption se développe entre le point blessé et les expansions terminales du nerf. Exemple : une observation de fracture de la base du crâne avec lésion de plusieurs nerfs moteurs et zona de la face.

Herpès de voisinage. — Exemple : après une amputation, l'herpès qui peut se développer sur les lambeaux.

Dans les deux cas précédents, on peut avec vraisemblance parler de névrite d'origine locale, mais il faudrait en outre, suivant l'auteur, admettre, en général, une prédisposition résultant de l'état névropathique des sujets. Cette condition serait presque toujours réalisée dans la troisième espèce d'herpès, ou *herpès à distance*, c'est-à-dire développé sur des districts cutanés, n'ayant avec la plaie de relations que par l'intermédiaire du système nerveux central (herpès réflexe). Exemple : herpès labial.

L'auteur ajoute que le développement de l'éruption typique peut être précédé pendant plus de 24 heures par des accidents généraux analogues à ceux qui préludent à la pyohémie ou à l'érysipèle. L'intégrité des ganglions jointe à l'hyperesthésie de la plaie et à une modification spéciale des bourgeons charnus permet d'éviter l'erreur. La modification des bourgeons n'est pas très explicitement indiquée. Elle serait analogue à ce que A. Robert a décrit sous le nom de diphtérite des plaies ; ailleurs, Verneuil parle de bourgeons violacés, boursouflés, œdémateux.

H. DANLOS.

Beiträge zur Behandlung der Hautkrankheiten mit Resorcin (Contribution au traitement des maladies de la peau par la résorcine), par IHLE (*Monatsh. f. prakt. Dermatol.*, 1885).

L'auteur a obtenu de bons effets de ce médicament dans plusieurs maladies de la peau, et particulièrement dans les dermatomycoses et les néoplasies épithéliales; il le considère comme un spécifique dans les maladies causées par le tricophyton. Il l'a employé surtout dans l'herpès tonsurans de la barbe et le sycosis. L'épilation n'est pas nécessaire, l'action de la résorcine fait tomber les poils. On emploie ce médicament sous la forme de pommade ou de pâte qui en renferme de 10 à 50 0/0.

Les applications de pommade à 50 0/0 font rapidement tomber les condylomes. Elles ont également une action des plus favorables sur les condylomes plats de la syphilis.

H. HALLOPEAU.

Notes on the treatment of on epidemy of ringworm of the scalp in a public institution (Notes sur le traitement d'une épidémie de teigne tondante dans un établissement public), par ALEXANDER (*Journal of cutaneous and venereal diseases, février* 1885).

Ce traitement, qui consiste essentiellement dans l'emploi d'une solution à 10 0/0 de chrysarobine dans la liqueur de gutta-percha (traumaticine), se pratique de la manière suivante : Les cheveux ayant préalablement été coupés courts, on épile les plaques de tondante et leur voisinage immédiat. Ceci fait, on étend avec un pinceau à poils durs une couche de la solution parasiticide, et on ne la renouvelle que quand elle se fendille ou se laisse perforer par la croissance des cheveux. L'isolement n'est pas nécessaire ; il suffit de tenir couverte la tête des enfants. Appliqué à une soixantaine de malades, ce traitement a tout d'abord enrayé la propagation du tricophyton aux sujets sains. En outre, il est plus simple et paraît plus promptement efficace que le traitement classique. Dans les cas récents, deux badigeonnages peuvent suffire sans

épilation. Son seul inconvénient est de provoquer un peu de dermatite pustuleuse sans gravité. H. DANLOS.

A new method of treating tinea tonsurans, par A.-J. HARRISON (*Brit. med. journ., p.* 434, *septembre* 1885).

L'auteur commence par ramollir les cheveux avec une solution de potasse contenant pour chaque once un drachme d'iodure de potassium; puis il traite les cheveux ainsi ramollis par une solution de sublimé dans de l'alcool nitrique (15 centigrammes pour une once) qui agit alors comme parasiticide et pénètre jusqu'au follicule pileux, grâce à l'état de dissolution des cheveux. La teigne, paraît-il, disparaît promptement, mais l'auteur ne donne qu'une observation, où le traitement dura deux mois. H. R.

MALADIES VÉNÉRIENNES.

Ueber postkonzeptionnelle Syphilis, par NEUMANN (*Wien. med. Presse, n°* 29, 1885).

La syphilis acquise pendant la grossesse doit-elle passer nécessairement de la mère à l'enfant? C'est la question que l'auteur s'est proposé de résoudre.

Les auteurs qui admettent l'infection postconceptionnelle du fœtus la font dépendre en général de l'époque où la mère a été contaminée. Sur 20 cas de syphilis contractée pendant la grossesse, Neumann a vu 5 fois l'enfant naître syphilitique et 15 fois rester sain.

Dans les 5 cas où la syphilis a été transmise au fœtus, les mères avaient été infectées au troisième mois, au quatrième (2 fois), au septième et au huitième mois : l'époque où le virus pénètre la mère n'a donc pas d'influence sur la transmission au fœtus.

Les 15 enfants indemnes étaient nés de mères syphilisées à toutes les périodes de la grossesse : 1 au premier mois, 1 au troisième, 3 au quatrième, 1 au cinquième, 2 au sixième, 1 au septième et 1 au huitième (les 5 autres indications manquent). Il ne suffit donc pas d'une contagion précoce pour faire courir de graves dangers au fœtus.

On pourrait reprocher à l'auteur d'avoir déclaré trop vite l'immunité de ces 15 enfants qui, paraissant sains au début, ne sont peut-être pas à l'abri de manifestations spécifiques ultérieures. L'auteur, prévoyant cette objection, relate l'observation d'un de ces enfants, né d'une mère infectée au huitième mois. Cet enfant était si peu syphilitique en naissant, qu'il ne fut même pas préservé de la contagion, et qu'à l'âge de 7 mois il eut un chancre induré de l'ombilic, suivi de syphilides secondaires.

Ce fait établit, d'une part, l'immunité certaine au moment de la naissance : il montre, d'autre part, qu'un sujet né dans ces conditions n'est pas réfractaire à la syphilis comme plusieurs auteurs l'ont cru, en se

rappelant qu'une mère varioleuse met au monde des enfants réfractaires à la variole. L. GALLIARD.

A case of tuberculo-ulcerative syphilide of hereditary origin, par GRAHAM (*Journ. of cut. and vener. diseases, octobre* 1885).

Jeune fille de 16 ans, de constitution moyenne, exempte de syphilis acquise, n'ayant pas le facies de la vérole héréditaire et n'ayant présenté antérieurement aucune manifestation syphilitique. Le début du mal remontait à cinq ans et paraissait dû à une contusion simple sans plaie. Quelque temps après cet accident, une ulcération serpigineuse était apparue à l'endroit contus et n'avait cessé de s'étendre très lentement, guérissant par place mais progressant toujours vers la racine du membre. Au moment de l'examen, la totalité de l'avant-bras et la moitié inférieure du bras droit étaient entourées d'un bracelet ulcéro-cicatriciel ayant déterminé l'atrophie par compression sans paralysie des muscles sous-jacents. La peau et le tissu sous-cutané étaient seuls atteints. Induration légère de la peau saine, aux limites du mal; nulle part de tubercules comme dans le lupus. L'anamnèse indiquait de la vérole chez le père. Bien que l'auteur de la note, appelé comme consultant, ait diagnostiqué une scrofulide, la malade fut soumise par un confrère au traitement mixte et guérie en deux mois, ce qui tranche la question de nature. Le sujet portait en outre une lésion gommeuse de la clavicule gauche d'origine également traumatique. H. DANLOS.

Documents sur l'hérédo-syphilis au point de vue de la mortalité infantile, par Adolphe DUMAS (*Montp. méd. avril*, 1885).

Dans la discussion récente qui a eu lieu à l'Académie sur les causes de la dépopulation, Fournier a montré que la syphilis prend une part considérable dans la mortalité de l'enfance. 68 morts sur 100 enfants issus de parents syphilitiques, tel était le chiffre résultant de diverses statistiques données par Fournier.

Dumas, tout en reconnaissant l'exactitude du fait, pense que cette proportion est peut-être un peu sombre et qu'il serait bon qu'une grande enquête médicale permît de fixer la question. Réunissant tous les faits qu'il a observés personnellement pendant une pratique de trente ans, il a obtenu les chiffres suivants :

Dans 17 familles dont l'un des conjoints ou les deux étaient syphilitiques, il y a eu 37 grossesses qui ont produit 13 fausses couches;

5 mort-nés ou morts après quelques jours ;

19 enfants vivants : sur ces 19 enfants, 2 sont morts de syphilis âgés de 1 an et 2 ans; et très probablement 2 autres ont eu le même sort. 10 ont eu la syphilis, 1 est douteux, 6 déjà âgés de plusieurs années sont indemnes, 2 sont encore trop jeunes pour être regardés comme étant à l'abri.

D'après les chiffres qui précèdent, dans cette série, la mortalité serait seulement de 48 à 49 0/0 environ; mais, si aux mort-nés et aux fausses couches, on ajoute les 4 morts survenues postérieurement du fait de la syphilis, la proportion atteint près de 60 0/0, chiffre assez voisin de celui indiqué comme moyenne par Fournier. A. MOSSÉ.

A quel moment la syphilis devient-elle constitutionnelle? par T. PONTOPPIDAN (*Ann. de Derm. et de Syph., avril* 1885).

Sans pouvoir donner de chiffres précis, l'auteur rappelle à l'attention

le fait déjà signalé par lui au congrès de Copenhague, que les auto-inoculations chez les syphilitiques ne sont pas toujours aussi complètement négatives qu'on le suppose. Bien des fois, dit-il, on voit survenir, deux à trois semaines après l'inoculation qui avait paru échouer, de petites papules rouges sur l'emplacement des piqûres. Elles augmentent peu à peu et s'indurent avec ulcération ou écaillement de leur surface. Leur évolution précède celle des accidents constitutionnels dont l'apparition semble hâter leur régression. L'auteur regarde ces papules comme des chancres d'inoculation, incapables d'atteindre leur complet développement, grâce à l'envahissement de l'économie par la diathèse qui leur dérobe pour ainsi dire le terrain.

Cinq observations probantes à l'appui de ces assertions.

H. DANLOS.

Sur les auto-inoculations du chancre syphilitique (A propos du travail de Pontoppidan), par BARTHÉLEMY (*Ann. de Derm. et de Syph., avril* 1885).

Sans contester les résultats avancés par le médecin danois, l'auteur se demande si les auto-inoculations n'offrent pas le danger d'exposer les sujets à de graves accidents par surinfection. Il n'apporte d'ailleurs aucun fait à l'appui de son opinion et signale seulement à titre de curiosité un cas de chancre induré qui, dix-huit mois après son apparition, n'avait encore été suivi d'aucun accident constitutionnel. H. DANLOS.

Étude critique et clinique sur les altérations dentaires attribuées à la syphilis héréditaire, par Ed. BLANC (*Lyon méd., janvier* 1886).

Dans ce travail consciencieux, Blanc recherche quelle influence peut jouer la syphilis sur les altérations dentaires; un grand nombre de recherches personnelles lui permettent de conclure, contrairement aux assertions trop affirmatives de Hutchinson, Parrot, que :

1° Il n'existe aucune altération dentaire pathognomonique de la syphilis héréditaire ;

2° La dent d'Hutchinson se rencontre en dehors de toute influence spécifique ; elle n'est par conséquent qu'un symptôme, un point de repère pour le diagnostic.

3° La syphilis héréditaire peut retarder l'évolution de la première dentition; d'autres fois, elle détermine des érosions que rien ne différencie de celles produites par la scrofule, le rachitisme.

4° L'érosion peut venir de causes multiples, scrofules, rachitisme... toutes les causes de dénutrition, mauvaise hygiène, alimentation défectueuse.

5° Dans certains cas, l'érosion existe en dehors de toute cause appréciable. On peut dire qu'il n'y a pas à proprement parler de dents syphilitiques. A. C.

Ueber den Lustgarten'schen Bacillus, par von ZEISSL (*Wien. med. Presse, n°* 48, 1885).

Constatations négatives : l'auteur a pratiqué des coupes histologiques sur neuf chancres excisés, et jamais il n'a trouvé le bacille de Lustgarten. C'est également en vain qu'il a examiné les sécrétions de plusieurs chancres et de plusieurs plaques muqueuses. L. GALLIARD.

De la syphilide acnéique du nez, par HORAND (*Ann. de Derm. et de Syph.*, *p.* 385, 1885).

Cette lésion, dont l'auteur rapporte treize cas, occupe la face externe du nez, ailes et lobules de préférence. Elle se caractérise par des pustules rappelant par leur aspect celles de l'acné indurata.

Ces pustules isolées ou réunies reposent sur une peau rouge sombre, épaissie, parsemée de petites cicatrices analogues à des cicatrices de varioles (pustules guéries). A ces pustules succèdent des ulcérations régulières peu suintantes, à fond grisâtre, recouvertes d'une croûte noire. L'évolution a lieu par poussées successives pendant des mois et des années.

Il s'agit d'un accident rare (9 fois sur 3,010 syphilitiques) et tardif (apparition de 3 à 50 ans après le chancre) sans gravité. Le sexe féminin, l'alcoolisme, l'absence de traitement spécifique semblent prédisposer à son développement. Diagnostic à faire avec l'acné rosée ou indurée, l'impétigo, le cancroïde. Le traitement doit être surtout général (iodure à dose de 2 à 6 grammes) avec emploi à titre adjuvant de cataplasmes (chute des croûtes), de pommade au calomel ou à l'oxyde de zinc. Sa durée ne dépasse pas ordinairement deux mois. H. DANLOS.

Sur l'étiologie et le traitement de la stomatite mercurielle ulcéreuse, par Max BOCKHART (*Monatsh. für prakt. Dermatol.*, *août* 1885).

La cause principale de cette stomatite n'est pas, d'après cet auteur, une idiosyncrasie, non plus que la négligence des soins que nécessite le bon entretien de la bouche, mais bien l'action du mercure contenu dans la salive sur certains points de la muqueuse privés de leur épithélium.

A l'état normal, la muqueuse buccale est lisse dans toute son étendue, mais chez beaucoup de sujets cependant elle présente une saillie linéaire qui correspond à la ligne de contact des deux mâchoires; souvent aussi, chez les sujets âgés de 18 à 30 ans, les dernières grosses molaires de la mâchoire inférieure, incomplètement sorties, sont encore recouvertes en partie par la gencive; elles peuvent même l'être pendant toute la vie. Les mouvements de mastication entraînent finalement des lésions dans les parties qui viennent d'être indiquées, et particulièrement leur excoriation, la chute partielle de leur revêtement épithélial; on peut s'en assurer en les examinant après les repas; les altérations, très superficielles, se réparent très vite et, au bout de 6 à 12 heures, l'épithélium s'est régénéré. C'est, d'après Bockhart, précisément dans ces points que débute la stomatite mercurielle; il a reconnu, de plus, que tous les sujets atteints de cette complication présentent l'une de ces dispositions anormales de la muqueuse buccale.

Pour déterminer quel est le mode d'action du médicament sur cette membrane dans les points où elle est privée de son épithélium, l'auteur a entrepris une série d'expériences : chez huit sujets qui présentaient des excoriations buccales, soit par le fait d'une éruption herpétique, soit par l'action de la mastication dans les points indiqués précédemment, soit enfin à la suite de l'ablation avec le bistouri d'un fragment d'épithélium (expérience personnelle), il a pratiqué toutes les deux heures, pendant plusieurs journées, des attouchements avec un pinceau imbibé

d'une solution de sublimé à 1/1000. Dans tous les cas, l'épiderme n'a eu aucune tendance à se régénérer aussi longtemps qu'ont duré ces applications; les parties prenaient un aspect grisâtre, parfois diphtéroïde, et l'on pouvait y constater une agglomération considérable de schizomycètes, en même temps qu'une nécrose partielle du tissu. On doit, d'après l'auteur, reconnaître au sublimé la propriété d'enrayer la régénération des produits épithéliaux et épidermiques; il aurait une action kératolytique.

Ces faits permettent de concevoir comment se développe la stomatite mercurielle. Ce médicament, éliminé par la salive, agit sur les parties de la muqueuse qui se trouvent, par l'effet de la mastication, privées de leur épithélium; il en empêche la régénération; les bactéries s'y accumulent et s'y multiplient; le tissu sous-jacent se nécrose, l'ulcère mercuriel commence à se former. Si l'on n'intervient pas par une hygiène appropriée, il se fait bientôt une perte de substance que recouvre un enduit diphtéroïde.

Ces altérations ont encore tendance à se développer au voisinage des dents cassées, car dans ces points la muqueuse présente souvent des altérations de son épithélium.

Il n'y a pas de relation de cause à effet entre la stomatite ulcéreuse et la salivation; elles se produisent souvent isolément; la salivation prédispose à l'ulcération si elle s'accompagne d'une tuméfaction de la muqueuse et amène ainsi la chute de l'épithélium.

Pour éviter le développement de la stomatite chez les sujets qui présentent des lésions de l'épithélium buccal, Bockhart recommande, avant le début de la cure, des badigeonnages renouvelés six fois par jour avec un collutoire contenant de 5 à 10 0/0 de tannin et des lavages avec la solution de permanganate de potasse. Sur 10 malades ainsi traités, 4 ont eu de la stomatite; l'auteur assure que ces derniers auraient très défectueusement suivi son traitement prophylactique. Contre les ulcères mercuriels, il recommande, avec Gerhardt, la cautérisation avec l'acide chromique et l'usage à l'intérieur du chlorate de potasse, à la dose de 10 grammes par jour. H. HALLOPEAU.

Ein Fall von multipler Sclerose (Scléroses en plaques cérébro-spinale consécutive à la syphilis), par SCHUSTER (*Deutsche med. Woch.*, *n.* 51, 1885).

Voici un cas de sclérose en plaques qu'on peut rattacher à la syphilis et qui a guéri sous l'influence du traitement spécifique:

Homme de 32 ans, ayant eu un chancre en juillet 1883, traité par les frictions, puis l'iodure de sodium. Il se présente le 1er décembre 1884, souffrant depuis cinq mois de tremblement des membres supérieurs et inférieurs. Il marche en traînant les pieds et chancelle; exagération des réflexes tendineux, contracture, trépidation. Tremblement des mains, des bras, de la tête, s'exagérant dans les mouvements volontaires. Nystagmus. Tremblement de la langue. L'auteur n'hésite pas à diagnostiquer la sclérose en plaques. Ulcération syphilitique du pharynx, ganglions indurés, périostite tibiale à droite.

Frictions mercurielles, amélioration au bout de trois mois; à la fin de juin 1885, guérison complète des symptômes cérébro-spinaux.

L. GALLIARD.

I. — De l'ostéo-arthrite syphilitique tertiaire, par GANGOLPHE (*Ann. de Derm. et de Syph.*, p. 449, 1885).

II. — De la fragilité des os chez les syphilitiques, par A. CHARPY (*Ibidem*, *mai* 1885).

I. — Bien qu'il y ait lieu de supposer l'existence d'autres formes d'arthropaties tertiaires, en particulier, d'une chondrite caractérisée par des cicatrices étoilées, des mamelons comparables à ceux du foie atteint de cirrhose atrophique (Gies, Schüller, Virchow), l'ostéo-arthrite est la seule dont la réalité paraisse à l'auteur rigoureusement démontrée. Elle évolue en trois périodes (début, état, guérison) répondant à trois formes anatomiques que Mericamp aurait eu le tort de considérer comme autant de variétés distinctes (Voy. *R. S. M.*, XXI, 250).

Elle débute par un syphilome épiphysaire ou juxta-épiphysaire dont rien ne révèle extérieurement l'existence et qui présente à la coupe l'aspect d'un noyau gélatineux, légèrement rosé à la périphérie, parsemé au centre de points caséeux.

La néoplasie se montre au microscope constituée par une trame fibrillaire très fine, englobant dans ses mailles nombre de petites cellules en voie de désintégration granuleuse. Raréfié au centre, le tissu osseux semble à la périphérie à l'état d'ostéite condensante, quand il n'y a pas tendance au progrès. Dans le cas contraire, il se développe une chondrite de voisinage aboutissant à la perforation du cartilage articulaire et à une arthrite (2e degré). Alors la synoviale s'enflamme et s'épaissit sans devenir fongueuse. Histologiquement, elle est sclérosée et surtout très vasculaire. On y voit peu de tissu embryonnaire, pas de follicules tuberculeux ni de masses caséeuses; pas d'endartérite oblitérante.

La cavité articulaire contient un liquide séro-purulent, trouble, quelquefois teinté de sang. Les ligaments sont généralement respectés. Le cartilage diarthrodial, dans la partie voisine du syphilome, est percé d'un ou plusieurs trous conduisant le stylet au sein d'un tissu ramolli, friable et quelquefois même jusque dans le canal médullaire. Dans toute son étendue, même autour des perforations, le cartilage adhère solidement au tissu osseux qu'il recouvre (Différence avec l'arthrite tuberculeuse). La section du foyer morbide montre une cavité en communication avec la jointure et tapissée par une membrane fibrineuse rougeâtre reposant sur une lame osseuse éburnée. La 3e période dite de guérison se caractérise par l'éburnation du tissu osseux périphérique et la production d'une couche fibreuse destinée à boucher les pertes de substance.

Les déformations définitives sont naturellement très variables; une ankylose fibreuse peut en être l'aboutissant. Au point de vue clinique l'ostéo-arthrite est caractérisée par un épanchement souvent peu abondant, par des craquements, par la multiplicité des articulations atteintes (cas personnel) et l'indolence relative des lésions. L'articulation possède souvent une intégrité telle de ses fonctions qu'il est difficile de soupçonner sur le vivant l'étendue des désordres.

II. — Chez un syphilitique tertiaire de 61 ans (observation 2e du mémoire de Gangolphe), le peroné sain en apparence, soumis à des expériences de rupture par flexion, se rompit sous un effort de 100 kilogrammes, alors que chez un homme de cet âge il en faut généralement 200. Son

tissu était gras, atrophique et raréfié; sa densité 1,50 au lieu de 1,60 (Lésions séniles).

Sur un autre malade de Gangolphe, âgé de 20 ans et atteint de lésions syphilitiques viscérales et articulaires, les péronés parfaitement sains se brisèrent sous un effort de 175 kilogrammes, tandis qu'à cet âge l'effort nécessaire à la rupture est généralement de 300. Sauf une fragilité excessive, l'examen physique ne révélait rien d'anormal. Densité 1,60; structure histologique inaltérée. Les os étaient moins volumineux qu'à l'état normal (sujet cachectique), mais dans un rapport insuffisant pour expliquer la rupture. L'analyse chimique n'a révélé d'autre altération qu'une diminution du fluorure de calcium (1,31 au lieu de 2,43).

Bien qu'il y ait quelque raison d'attribuer à cette substance une partie de la solidité des os, l'auteur fait sagement observer qu'il est prudent, vu le petit nombre des analyses et les difficultés qu'offre le dosage du fluor, de différer provisoirement toute conclusion. H. DANLOS.

Le savon mercuriel comme succédané de l'onguent napolitain, par P. SPILLMANN (*Ann. de Derm. et de Syphil., p.* 496, 1885).

La matière première est un savon de potasse, préparé avec de l'huile d'olive pure, débarrassé de son excès d'alcali par deux précipitations et de son excès d'eau par une dessiccation modérée.

En cet état, ce savon est d'abord fondu dans la moitié de son poids de glycérine neutre; on y éteint ensuite par trituration un poids de mercure égal à celui du mélange; il est alors au même titre que l'onguent napolitain. Cette préparation a l'avantage de ne pas irriter la peau et de se laisser enlever par un simple lavage à l'eau.

Pour faire une friction, la peau est préalablement humectée. On recouvre ensuite d'un papier de soie ou de parchemin très mince maintenu en place par une manche (bras) ou un caleçon (jambe). Après 24 heures, on lave avec une éponge imbibée d'eau tiède et on saupoudre d'amidon.

H. DANLOS.

Ueber Quecksilberchloridharnstoff, ein neues Antisyphiliticum (Sublimé et urée comme antisyphilitique), par SCHÜTZ (*Deutsche med. Woch.*, n° 14, 1885).

Les solutions mercurielles qui paraissent le mieux convenir aux injections sous-cutanées sont celles où le mercure est associé à une amide (formamide de Liebreich, amides de Wolff); aussi l'auteur a-t-il eu l'idée d'utiliser la diamide de l'acide carbonique, l'urée.

Il a d'abord employé une solution ainsi formulée :

Eau distillée	100	grammes.
Sublimé.	1	—
Urée.	0,22	centigr.

Puis il a augmenté la dose d'urée qu'il a portée à 50 centigrammes. Il a fait à ses malades une injection de 1 gramme par jour. Les résultats de 26 cures sont assez favorables pour justifier la confiance qu'accorde l'auteur à son bichlorure-urée. Il agit plus vite que les autres préparations mercurielles; il est très bon marché, il cause peu de douleurs aux patients. L. GALLIARD.

I. — Nouvelles recherches sur la pathogénie du bubon qui accompagne le chancre mou, par Laurent MANNINO (*Ann. de Derm. et de Syph.*, *p.* 486, 1885).

II. — Sur la virulence du bubon chancreux, par GÉMY (*Ibidem*, *p.* 475, 1885).

I. — Sur 24 malades atteints de chancres mous et de bubon inguinal abcédé, l'inoculation du pus tiré du bubon immédiatement après l'ouverture a toujours été négative. Répétée sur les mêmes sujets deux ou trois jours après, la même inoculation a donné deux résultats positifs contre 22 insuccès.

Outre ces essais qui confirment des faits connus, l'auteur s'est livré à des études microscopiques du pus à l'aide des réactifs colorants et dit être arrivé aux résultats suivants :

1° Le pus du chancre mou encore virulent contient deux sortes d'éléments figurés, des bacilles et des mono ou diplococci. Quand la virulence a cessé, les bacilles ne se retrouvent plus ; mais les cocci persistent. Ils sont identiques avec le strepto-coccus aureus du phlegmon simple ;

2° Le pus du bubon au moment de son ouverture ne contient que des cocci sans bacilles. Si l'adénite reste simple, les éléments figurés ne changent pas ; mais si le bubon prend le caractère chancreux les bacilles apparaissent.

Conclusions. — L'adénite est toujours primitivement simple, ainsi que le démontrent le résultat négatif des inoculations immédiates et l'absence du bacille caractéristique de la virulence. Ce bacille ne supportant pas les températures élevées (Aubert), son transport dans les voies lymphatiques ne saurait produire d'adénite virulente. La virulence suppose l'immigration secondaire du bacille après l'ouverture. Même après la cicatrisation du chancre on peut très bien admettre la contamination de la plaie ganglionnaire par des bacilles restés adhérents aux vêtements ou à la peau du malade.

II. — Sur 20 inoculations, 4 résultats positifs, 3 douteux, 13 nettement négatifs.

Conclusion de l'auteur. — La vérité est dans la théorie qu'ont soutenue Ricord et ses élèves. H. DANLOS.

Traitement du chancre phagédénique et des syphilides ulcéreuses, par P. SPILLMANN (*Ann. de Derm. et de Syph.*, *décembre* 1885).

Se basant sur cinq faits personnels probants, l'auteur conseille de traiter le phagédénisme du chancre ou des syphilides par le raclage à la curette tranchante, et l'excision des bords décollés, suivis d'une cautérisation au thermocautère et d'un pansement au sublimé.

H. DANLOS.

Observations d'arthrite blennorragique de l'articulation sterno-claviculaire, par BOUSQUET. Rapport par HORTELOUP (*Bull. de la Soc. de chir.* 1885, *t. XI*, *n°* 11, *p.* 697-702).

La première observation est un exemple d'arthrite blennorragique aiguë terminée par résolution ; la seconde, un exemple plus rare d'arthrite blennorragique consécutive à une ostéo-périostite et terminée par

suppuration et ankylose. On a pu trouver dans le pus articulaire le gonococcus de Neisser.

La découverte du gonococcus, en démontrant la présence d'un agent capable d'expliquer l'infection, permet de rapprocher des arthropathies blennorragiques les complications telles que l'épididymite ou la cystite. Suivant son degré, la poussée infectieuse articulaire aboutit à l'hydarthrose ou à l'arthrite aiguë. M. HACHE.

Des injections urétrales dans la blennorragie, par P. AUBERT (*Lyon méd.*, 3 *janvier* 1885).

Conseils pratiques pour obtenir le meilleur effet de cette méthode. Avoir, quel que soit le médicament employé, lequel devra être de préférence en solution complète, une liqueur aseptique; on la rendra telle en faisant bouillir la solution; ne pas se servir d'injections avec matières en suspension (sous-nitrate de bismuth); le résidu, emprisonné dans un coin de la vessie, peut devenir le point de départ d'un calcul.

Ne pas faire d'injections, quand la blennorragie a dépassé l'urètre antérieur, quand elle est dans sa phase suraiguë. N'injecter que 5 à 7 grammes de liquide et employer pour cela un tube en caoutchouc souple de 12 à 14 centimètres (n° 10, filière Charrière), mouillé dans la solution et poussé à 10 ou 12 centimètres. A. C.

MÉDECINE LÉGALE.

Significance of the absorption and elimination of poisons in medico-legal cases, par R.-H. CHITTENDEN (*The medico-legal Journal, II*, 224, *septembre* 1884).

En général, dans les cas d'empoisonnement criminel, la tâche de l'expert se borne à démontrer la présence, dans le corps des victimes, du poison à dose toxique. On s'inquiète peu de son mode de répartition dans les divers organes, ce qui pourrait parfois être utile pour élucider certaines circonstances accessoires, telles que la forme sous laquelle le poison a été administré et le temps qui s'est écoulé jusqu'à la mort.

Dans le travail actuel, Chittenden s'est efforcé de montrer les éléments d'information qu'on pourrait obtenir de recherches semblables. Il prend pour exemple l'arsenic qui est le toxique le plus répandu.

Déjà Christison et Orfila avaient noté qu'il se dépose surtout dans le foie; tel était aussi l'avis de Flandin et de Taylor, qui plaçaient au second rang les reins et aux derniers le cerveau, les muscles et enfin les os.

Si les expériences de Scolosuboff (*R. S. M.*, VII, 550) lui ont fourni des résultats tout opposés, c'est qu'il s'est servi d'un composé très soluble, l'arséniate de soude, rarement usité comme poison, au lieu d'arsenic blanc du commerce ou acide arsénieux qui, lui, est très lentement soluble.

Signalons en passant que Chittenden est parvenu à déceler dans le

corps la minime proportion d'un millième de milligramme d'acide arsénieux.

De deux faits d'empoisonnement arsenical chez l'homme, l'un aigu, l'autre chronique, et d'expériences qu'il a pratiquées sur les chiens, cet auteur tire les conclusions suivantes :

La quantité d'arsenic retrouvée, soit dans le cerveau, soit dans les muscles, fournit un indice sur la nature du composé administré, sur sa plus ou moins grande solubilité.

Pour élucider l'époque où le poison a été ingéré, on dispose des éléments suivants d'information :

1° La quantité d'arsenic contenue dans le foie, comparativement à celle du canal alimentaire et des autres viscères. Lorsque l'arsenic existe dans le foie en très grandes quantités, telles que 30 ou 40 centigrammes, on peut affirmer, s'il s'agit d'oxyde blanc, que le toxique a été introduit au moins 15 heures avant la mort, car les expériences de Geoghegan (in Taylor) confirmées par Dogiel (*R. S. M.*, XVIII, 58) ont montré que c'est à ce moment que l'arsenic offre son maximum d'accumulation dans le foie.

2° L'absence d'arsenic dans l'estomac, coexistant avec sa présence en proportions considérables dans le foie, indique nettement que le poison a été pris plusieurs jours avant la mort.

3° La présence d'une quantité relativement considérable d'arsenic dans le cerveau, coïncidant avec son abondance dans quelques muscles, sa distribution très inégale dans le système musculaire et son absence dans les os, semble indiquer qu'on a affaire à un composé très soluble et à un empoisonnement aigu, surtout quand la proportion du toxique est beaucoup plus forte dans la langue et le pharynx que dans les reins. (*R. S. M.*, XV, 98; XIX, 491; XXIV, 445.) J. B.

Alcune correlazioni tra l'irrigidimento cadaverico e la temperatura del corpo, par TAMASSIA (*Riv. sper. di fren. e di med. leg. Fasc. IV*, 1884).

Les températures très basses (—10°) et les températures très élevées (45° environ) provoquent presque instantanément la rigidité cadavérique. De 0° à 2°, et de 44° à 60°, elle se produit très rapidement, il en est de même aussi à 5° et 30,32°. Elle est retardée surtout dans les températures de 13°, 14°, 15°. F. BALZER.

Sopra alcune inesatte asserzioni concernenti i cristalli d'emina (Sur quelques assertions inexactes sur les cristaux d'hémine), par TAMASSIA (*Rivista sper. di fren. e di med. leg.*, *fasc.* 1-3, 1885).

Dans un certain nombre de cas, la recherche des cristaux d'hémine ne donne pas de résultats, et cet insuccès a été expliqué de diverses manières : 1° par le lavage des taches de sang dans l'eau froide ou chaude ou avec le savon (Axenfeld); 2° par l'ébullition du sang à une haute température; 3° par la putréfaction; 4° par le contact avec des matières putréfiées; 5° par le mélange du sang avec des matières grasses. Tamassia a reconnu que la première explication est fausse en multipliant les expériences, et a vu que les cristaux d'hémine ne font défaut que lorsque la température est conduite de telle façon que le sang est non seulement desséché, mais carbonisé. La putréfaction n'entrave pas davantage la

formation des cristaux d'hémine, ainsi qu'il résulte des expériences de plusieurs auteurs et de celles de Tamassia. Il en est de même du contact des matières putréfiées, à moins d'un mélange dans lequel elles dominent de beaucoup.

Il en a été de même aussi du contact des matières grasses.

Il convient d'attribuer les insuccès qu'on observe parfois à des agents beaucoup plus énergiques, acides, bases, fer peut-être, ou encore à des fautes dans l'expérimentation, à des réactifs impurs, etc. F. BALZER.

Sulle sostanze colorante nella putrefazione (Des substances colorantes dans la putréfaction et sur la décoloration des tissus putréfiés), par PELLACANI (*Rivista sper. di fren. e di med. leg., fasc. III*, 1884).

La coloration verte des cadavres ne tient pas à des micro-organismes produisant cette couleur, mais à la présence d'une substance soluble dans l'eau et dans l'alcool, avec des caractères spectraux et des réactions chimiques particuliers. Cette substance se trouve au-dessous de l'épiderme et on peut l'extraire sans le détruire. Cette substance est la sulfo-hémoglobine, qui a les mêmes propriétés que celle qu'on obtient artificiellement dans les laboratoires. C'est la substance colorante qui diffuse le plus dans le cadavre et qui colore tous les tissus et les organes qui contiennent du sang. Elle résulte de la putréfaction par développement de H^2S par décomposition des albuminoïdes et combinaison de ce gaz avec la matière colorante du sang. C'est la seule substance colorante de la peau, des muscles, des organes pourvus de sang; des combinaisons ultérieures de H^2S avec la matière colorante du sang ne sont pas démontrables.

En général, les organes privés de sang ne se colorent plus en vert, et il en est de même si le sang ne peut plus se combiner avec H^2S. Cependant, dans certains tissus non vasculaires, la coloration verte se produit par combinaison d'une variété de globuline avec H^2S, formant la sulfo-vitelline. Ce composé a toutes les propriétés de la globuline et de la vitelline. Les autres albuminoïdes ne semblent pas se combiner avec H^2S dans la putréfaction.

Pour décolorer les tissus putréfiés, on peut employer des agents dissolvants de la substance colorante ou des agents qui la décomposent. L'eau dissout la substance colorante et laisse l'épiderme intact; on peut donc employer l'immersion ou l'irrigation des tissus selon l'intensité de la coloration. Parmi les décolorants vrais. les solutions faibles de chlore semblent tenir la première place par leur innocuité sur l'épiderme et la décoloration complète de la peau, sans reliquat de produits secondaires colorés. F. BALZER.

Ueber den Tod in Folge von Verbrennung und Verbrühung vom gerichtsaerztlichen Standpunkte (Étude médico-légale sur la mort par brûlures), par SCHJERNING (*Vierteljahrsschrift für gerichtliche Medicin, XLI,* 24 *et* 273 *et XLII* 66, *juillet et octobre* 1884, *janvier* 1885).

Schjerning a écrit une véritable monographie médico-légale des brûlures, basée sur l'analyse de 281 observations consignées dans la littérature médicale.

Après avoir étudié le mode de production de leurs effets locaux et généraux, ainsi que leurs divers degrés de gravité, il discute le *méca-*

nisme et les *causes de la mort*, arrivant sur ce point aux conclusions suivantes :

La mort consécutive à des brûlures survient à différentes époques et par différentes causes.

1° Lorsqu'elle est immédiate ou foudroyante, Schjerning admet avec Sonnenburg qu'elle est due au surchauffage du sang et aux troubles de la respiration et de la circulation produits par l'irritation des nerfs cutanés.

2° Lorsque la mort, sans être instantanée, arrive dans les 48 heures, elle s'explique (toujours d'après l'opinion de Sonnenburg que l'auteur fait sienne) par un affaiblissement réflexe de la tonicité vasculaire qui amène une paralysie du cœur. Dans certains cas, il s'y joint l'effet d'altérations du sang consistant dans la destruction des globules rouges et dans la mise en liberté de leur hémoglobine et de leurs sels potassiques.

3° Enfin, à une période plus tardive, la mort est généralement occasionnée par des inflammations viscérales, qui sont le plus souvent une suite de l'altération sanguine et du trouble général, réflexe, de la circulation.

Les *lésions nécroscopiques* sont variables suivant la cause et l'époque de la mort.

En ce qui concerne d'abord les *lésions internes*, si la mort est foudroyante (18 cas), on ne trouve rien à l'autopsie.

Quand le brûlé succombe dans les deux premiers jours (63 cas), on trouve de l'hyperémie du cerveau, des poumons et des viscères abdominaux. La congestion encéphalique est d'autant plus commune que la mort a été plus rapide. Déjà, à ce stade, il peut y avoir des pneumonies, de la néphrite parenchymateuse et de la méthémoglobinurie. Dans certains cas, les masses d'hémoglobine, en obstruant les reins, entraînent de l'urémie.

Quand la mort a lieu à une période plus tardive (125 cas), les lésions les plus habituelles sont d'abord la pneumonie, puis les ulcérations du duodénum ou moins souvent de l'estomac, enfin les inflammations des reins et des plèvres. En revanche, les phlegmasies du cerveau et de ses membranes sont rares. Les inflammations viscérales se montrent le plus ordinairement dans la cavité correspondant à la région des téguments brûlée. Il n'y a d'exception que pour les néphrites qui sont presque aussi fréquentes que les pneumonies.

Schjerning arrive ensuite au diagnostic différentiel des brûlures accidentelles et des brûlures intentionnelles, de celles qui ont été faites pendant la vie ou au contraire sur le cadavre. Relativement à ces dernières, il se croit autorisé à tirer de ses expériences les conclusions suivantes : Les phlyctènes à contenu séreux constatées sur des cadavres de brûlés non infiltrés sont un signe indubitable que les brûlures ont été produites sur le corps vivant. En effet, sur les cadavres non œdématiés, il n'a pu obtenir autre chose que des phlyctènes remplies de gaz et non de liquide et se crevant rapidement. En revanche, la teinte rouge de la base des phlyctènes n'a aucune valeur, car on la produit sur tous les cadavres, au niveau des lividités.

Hofmann a indiqué pour les brûlures du 3e degré un signe permettant de distinguer si elles avaient été faites durant la vie. Dans ce dernier

cas seulement, l'escarre cutanée présente une injection capillaire. Schjerning a constaté l'exactitude de ce fait pourvu qu'on n'ait pas affaire à des parties déclives, car alors on peut reproduire sur le cadavre le phénomène de l'injection des capillaires.

Le mémoire de Schjerning se termine par un index bibliographique des 80 cas médico-légaux de cadavres brûlés après la mort et par un immense tableau synoptique dans lequel sont réunis les principaux traits des 201 autres observations de brûlures chez le vivant. J. B.

Gutachten ueber aufgefundene Knochen (Examen d'ossements), par **MASCHKA** (*Viertelj. f. gerichtliche Medicin und œff.*, *Sanit.*, *nouv. série*, *XLI*, *p.* 19, *juillet* 1884).

Trois examens d'os exhumés; nous résumons le premier et le troisième.

1° Des ossements humains ayant été découverts au voisinage de Prague, le bruit ne tarda pas à se répandre que des personnes avaient été assassinées il y a quelques années en cet endroit. Maschka fut chargé d'examiner le crâne, la seule partie du squelette qui offrit quelque chose d'anormal. Voici ses conclusions.

La dent de sagesse existant et sa couronne ayant encore toutes ses aspérités naturelles, les sutures n'étant pas ossifiées et celle du maxillaire supérieur étant encore visible, toutes ces circonstances, jointes aux dimensions du crâne, permettent d'inférer qu'il appartenait à un individu dans la trentaine. Les dimensions et le poids de ce crâne sont ceux d'un homme.

Au milieu du frontal, à 2 centimètres au-dessus de la racine du nez, se voit un trou d'un centimètre et demi de diamètre, de forme presque exactement ronde, qui provient d'une plaie par arme à feu, laquelle a dû être la cause de la mort.

La sécheresse et la friabilité extrême des os donnent des motifs de croire que l'inhumation remonte à trente ans ou davantage.

Une enquête ultérieure fit connaître que sur les lieux où les ossements avaient été déterrés, on avait fusillé et enterré des militaires avant 1848.

3° En bêchant le jardin d'une auberge, on y trouva des os. Le bruit s'étant répandu qu'il y a peu d'années un voyageur y avait disparu et le pariétal gauche étant fracturé, des médecins admirent la possibilité d'un crime.

On confia donc à Maschka le soin d'examiner le crâne et le radius. Ses conclusions furent :

La circonférence (53 centimètres) de ce crâne, ses diamètres (bi-temporal 13 centimètres ; bi-pariétal 14 ; fronto-occipital 17), la largeur de la face, la forte saillie des crêtes où s'insèrent les muscles, le développement du maxillaire inférieur et la longueur du radius ($26^{cm},3$) indiquent un squelette d'homme.

Comme la couronne de toutes les dents, y compris celle de sagesse, est très usée, que les sutures, sauf la coronale, sont ossifiées, que les apophyses styloïdes sont longues, compactes et épaisses, que les cellules de l'apophyse mastoïde sont largement dilatées, on peut à bon droit admettre que cet homme avait dépassé quarante ans et très vraisemblablement était près de la cinquantaine.

Quant à la fissure de cinq centimètres de long placée sur le pariétal, elle n'a pas la moindre signification.

En effet, ses lèvres ont une teinte beaucoup plus claire que le reste des os du crâne et exactement semblable à celle de plusieurs petits trous qu'on trouve disséminés en d'autres endroits du crâne. Cela justifie l'opinion que

la fissure a été faite en déterrant le squelette et en aucun cas on ne pourrait soutenir qu'elle a été produite du vivant de l'individu.

Quant à la question de déterminer combien de temps les os ont séjourné en terre, elle présente toujours de grosses difficultés parce que leur décomposition varie beaucoup suivant la nature du sol et les alternances d'humidité et de sécheresse auxquelles il est exposé. Il en résulte que des ossements en terre depuis plusieurs centaines d'années sont parfois mieux conservés que ceux enfouis depuis trente ou quarante ans seulement. Mais, dans le cas actuel, en considérant leur couleur brun jaunâtre, l'absence complète de graisse, l'exfoliation de la lame vitrée externe, leur facile section au couteau, leur extrême friabilité, la disparition de l'émail des dents, on peut dire qu'en tout cas ces os sont enterrés depuis plus de 10 ans, on peut même regarder comme extrêmement probable qu'ils sont beaucoup plus anciens et qu'il y a au moins 40 ou 50 ans qu'ils étaient à l'endroit où on les a découverts. J. B.

I. — Concussion of the spine in railway injuries (Commotion de la moelle dans les accidents de chemins de fer), par John-G. JOHNSON (*The medico-legal Journal, I.* 505, *mars* 1884).

II. — Concussion of the spine, par Augustus-I. PEPPER (*Idem, II*, 171, *juin* 1884).

I. — Johnson se livre à une critique très vive de l'ouvrage d'Erichsen sur la commotion médullaire consécutive aux accidents de chemin de fer. Depuis 1866, date de la publication du livre, jusqu'à sa plus récente édition, Erichsen, malgré sa situation à la tête de l'hôpital de Londres qui reçoit le plus de blessés, n'a pu produire aucune autopsie démontrant d'une façon irréfutable l'existence de lésions de la moelle occasionnées par son soi-disant ébranlement. En effet, physiologiquement, on ne peut admettre une commotion médullaire, vu les différences profondes de structure qui séparent l'axe nerveux rachidien du cerveau.

Les malades d'Erichsen n'accusent jamais que des symptômes fonctionnels tout subjectifs. Aussi Johnson admet-il qu'il s'agit simplement d'entorses des ligaments vertébraux et de ruptures tendineuses et musculaires.

II. — Pepper répond en partie aux vœux de Johnson, car il apporte une autopsie qui a démontré l'existence d'altérations de la moelle épinière.

Il s'agit d'un homme à la fleur de l'âge et jouissant d'une bonne santé. Au moment d'une collision peu grave de deux trains, il ressent du mal dans le dos, mais la douleur n'est pas assez forte pour l'obliger à interrompre son voyage.

Les trois médecins, envoyés par la Compagnie à laquelle il réclame des dommages-intérêts, concluent, après l'avoir visité, qu'il n'a rien ou presque rien. Erichsen au contraire diagnostique une lésion médullaire. Peu de temps après, cet homme qui était devenu hémiplégique ou qui feignait de l'être succombe. Pepper fut chargé de représenter la Compagnie à l'autopsie, qu révéla les faits suivants : Epaississement considérable de la dure-mère rachidienne qui est parsemée de petites plaques calleuses, à la partie inférieure de la région dorsale. Moelle semi-diffluente dans toute son épaisseur, sur l'étendue de près de 4 centimètres. (*R. S. M.*, IV, 649; XI, 153; XV, 249 et XXI, 648.) J B.

I. — Sur deux cas d'asphyxie par l'acide carbonique, par DESCOUST et YVON (*Revue d'hygiène et de police sanitaire, VI, p.* 96, 234, 241 *et* 440, *février, mars et mai* 1884).

II. — Présence de l'acide carbonique dans le sol renfermant des matières organiques en décomposition et notamment dans les cimetières, par DU MESNIL et FAUVEL (*Idem, p.* 235, *mars, et Annales d'hygiène publiq.*, 3e *série, XI, p.* 418, *mai* 1884).

I. — A un an de distance, au mois d'août, deux ouvriers puisatiers trouvent la mort en descendant dans des puits à Aubervilliers. L'examen spectroscopique de leur sang ne révéla ni hydrogène sulfuré ni oxyde de carbone ; mais l'analyse chimique y fit reconnaître un excès d'acide carbonique qu'on retrouva également dans l'eau et l'air de ces puits, dès qu'ils restaient fermés quelque temps ; en même temps, l'air des puits était pauvre en oxygène.

Les parois de ces puits étaient en bon état et c'était le sol lui-même, saturé de matières organiques et de résidus industriels, qui fournissait l'acide carbonique.

Depuis lors, deux accidents semblables se sont produits dans l'intérieur de Paris.

II. — A l'occasion d'accidents d'asphyxie, dont un mortel, parmi les ouvriers du cimetière de Montparnasse, la Commission d'assainissement des cimetières chargea du Mesnil d'examiner quels étaient les gaz dont la présence est constante dans les caveaux de la partie du cimetière plus particulièrement dangereuse. Dans ce but, il fit construire deux caveaux ayant l'un $4^{m},68$ et l'autre $4^{m},85$ de profondeur. Ces deux caveaux, établis dans les conditions ordinaires, c'est-à-dire avec moellons maçonnés et rejoints au ciment, furent scellés. Moins de 24 heures après, une bougie allumée descendue dans le caveau s'éteignait à $2^{m},66$ du sol. Le caveau n° 2, resté vierge de toute inhumation, a toujours renfermé plus d'acide carbonique que le caveau n° 1, situé à 4 mètres de distance et dans lequel on avait déposé le cadavre d'un adulte.

Dans aucune des analyses de l'air de ces caveaux, Fauvel n'a trouvé ni hydrogène sulfuré, ni carbures d'hydrogène, ni oxyde de carbone. Cet air se caractérisait, outre un excès d'acide carbonique, par la faible proportion d'oxygène qui variait entre 2 et 11, 5 pour cent. Une partie de l'oxygène de l'air sert donc à brûler les matières organiques du sol en produisant de l'acide carbonique.

Voici les conclusions de du Mesnil : 1° Dans toute cavité creusée en un sol où se décomposent des matières organiques, quelle qu'en soit l'origine, voiries, cimetières, résidus industriels, etc., il se produit deux phénomènes qui peuvent compromettre la vie de ceux qui y pénètrent : dégagement rapide et considérable d'acide carbonique ; appauvrissement notable de l'air en oxygène ;

2° La production plus ou moins considérable de l'acide carbonique paraît dépendre de la température plus ou moins élevée de l'air extérieur. En effet, les accidents d'asphyxie ont généralement eu lieu dans les mois d'août et de septembre (17 août 1744, accident d'Avignon relaté par Haguenot; août et septembre 1849, faits de Pellieux dans les cimetières de Paris ; 17 août 1863, mort de Frazet au cimetière Montparnasse;

23 août 1882 et 10 août 1883 asphyxie de deux ouvriers dans les puits d'Aubervilliers (voy. plus haut); 21 août 1883, mort de Paupy au cimetière Montparnasse);

3° Ces modifications de la composition de l'air sont strictement limitées au point excavé et ne peuvent avoir aucune influence sur la santé des habitants du voisinage;

4° Au moyen d'appareils de ventilation portatifs et très simples, il est facile de préserver de tout danger les ouvriers qui travaillent dans ces conditions. En effet, depuis 1863, date du dernier accident qui s'était produit dans les cimetières de Paris, jusqu'au 21 août 1883 où a eu lieu la mort de Paupy, il a été fait 367,884 descentes dans les caveaux des différents cimetières, sans qu'aucun ouvrier ait été incommodé. En ce qui concerne particulièrement le cimetière de Montparnasse, il existe actuellement, dans la partie des terrains saturés, 149 caveaux dans lesquels il a été fait dans ces vingt ans, 1,582 descentes sans accident. J. B.

Reperto d'asfissia fetale resistente alla putrefazione, par PELLACANI (*Rivista sper. di fren. e di med. leg. Fasc. IV*, 1884).

Il existe chez le nouveau-né des causes spontanées d'asphyxie qui restent démontrables même après la putréfaction des poumons par la présence dans leur intérieur d'éléments caractéristiques du méconium. Ceux-ci expliquent ainsi l'asphyxie et la mort par la pénétration des produits de l'amnios dans le poumon.

L'auteur considère comme caractéristiques du contenu intestinal du fœtus des éléments lisses, homogènes, jaunes, qualifiés par Robin du nom de concrétions, et que cet auteur croyait dues à la bile condensée. Ces corps doivent être distingués d'autres concrétions plus volumineuses, granuleuses, débris d'épithélium buccal, œsophagien et pharyngien. Ces corps lisses et homogènes, colorés par la bilirubine, résistent à la putréfaction d'une manière remarquable, probablement grâce à l'action antiseptique des acides biliaires et à leur résistance spéciale. Ils seraient formés par une substance épithéliale ayant subi la transformation cornée. On peut toujours facilement les retrouver même lorsqu'ils sont décolorés, en traitant le méconium par l'éosine. On les retrouve dans l'état de putréfaction le plus avancé. Ces corps jaunes hyalins disparaissent progressivement dans la deuxième ou troisième semaine de la vie extra-utérine, et en même temps les gros corps granuleux augmentent proportionnellement. A ce caractère du méconium, il faut ajouter l'absence de l'urobiline démontrée par l'analyse spectrale ; elle n'apparaît que dans le courant du premier mois de la vie extra-utérine. F. BALZER.

I. — Ueber die wichtigsten Sectionsbefunde bei dem Tode durch Ertrinken (Étude de la mort par submersion), par Adolf LESSER (*Vierteljahrsschrift für gerichtliche Medicin und œff. Sanit., nouv. série XL, p.* 1, *janvier* 1884).

II. — Peut-on diagnostiquer la mort par submersion ? par Henri BOUGIER (*Thèse Paris*, 1884).

I. — Voici les résultats qu'ont fournis d'une part les autopsies de 60 noyés dont la moitié étaient des cadavres frais et d'autre part 20 expériences de submersion pratiquées sur des cadavres humains.

A. *Lésions de la submersion chez les cadavres frais.* — Chez l'homme, le liquide de submersion (eau ou contenu fluide de l'estomac, souillé ou non de parcelles végétales ou minérales, sable etc.,) pénètre toujours jusque dans les fines ramifications bronchiques. Il y provoque une abondante sécrétion de mucosités. Dans les petites bronches, le mucus sécrété masque les éléments aqueux du liquide de submersion et donne au contenu une consistance telle qu'il est en état de contre-balancer l'élasticité pulmonaire.

Le ballonnement des poumons n'est pas le résultat d'une dilatation des alvéoles par la présence d'une plus grande quantité d'air. Il tient uniquement à ce que l'affaissement des poumons, qui a toujours lieu, dans les conditions normales, après l'ouverture des plèvres, ne peut s'effectuer. Aussi est-il indifférent, pour la production de ce ballonnement, que le noyé soit venu ou non respirer plusieurs fois à la surface.

Une forte pression exercée à la surface des poumons peut naturellement faire cesser l'obstruction des bronches occasionnée par les mucosités ; alors l'air peut s'échapper et les poumons s'affaissent.

Les matières qui obstruent les petites bronches du poumon, en état d'expiration, ne renferment pas de bulles d'air, dans la majorité des cas. Dans les grosses bronches, dans la trachée et le larynx, la proportion des matières aqueuses relativement aux mucosités est plus grande, aussi leur contenu est-il plus fluide.

Lorsque des mouvements respiratoires énergiques ont encore lieu après la sécrétion des mucosités, le mélange de l'air, du liquide de submersion et du mucus peut devenir intime dans les grandes voies aériennes et former ainsi une mousse fine, homogène.

Le contenu des grandes voies aériennes perd d'autant plus son aspect mousseux, à mesure qu'il s'est écoulé plus de temps depuis la mort, qu'il était plus fluide, que les éléments aqueux l'emportaient davantage sur les muqueux et que les mouvements respiratoires ont été plus faibles avant la mort.

Durant le séjour dans les milieux de submersion, une portion plus ou moins considérable du contenu originairement spumeux des grandes voies aériennes peut être remplacée par de l'eau simple non mêlée de bulles d'air.

En retirant le cadavre de l'eau, en le transportant, des quantités plus ou moins grandes du contenu du larynx, de la trachée et des grosses bronches peut s'écouler au dehors. Dans les cas extrêmes, on trouve les grandes voies aériennes vides ou, s'il n'y avait pas eu mélange intime de l'eau avec les mucosités, on trouve, sur une plus ou moins grande étendue, presque exclusivement ou tout à fait exclusivement, un mucus tenace et vitreux. Ces altérations *post mortem* ne s'observent pas dans les petites bronches.

Chez les noyés, comme chez les autres cadavres, après la mort, le contenu de l'estomac peut remonter hors du pharynx et pénétrer dans les grandes voies aériennes. Quand la quantité en est très considérable, relativement au contenu des voies aériennes, elle peut masquer plus ou moins complètement les matières muco-aqueuses préexistantes. Sur les cadavres frais, le contenu stomacal n'arrive pas jusque dans les petites bronches ; il en est empêché par les mucosités qui les remplissent entièrement.

Dans le parenchyme pulmonaire, il n'existe jamais du liquide de submersion en quantité appréciable à l'œil nu. Ce parenchyme est sec, à moins qu'une exsudation des vaisseaux n'ait déterminé de l'œdème pulmonaire. En ce cas, à côté de l'eau et du mucus, on trouve jusque dans les grandes voies aériennes de la mousse provenant des alvéoles.

Lorsque le liquide de submersion renferme des parcelles végétales ou minérales, le microscope réussit parfois à les découvrir au sein du parenchyme pulmonaire, mais ce sont là des cas très rares.

L'écume qui se forme, pendant la submersion, dans la cavité bucco-pharyn-

gée, ou y arrive du larynx, peut aussi avoir plus ou moins complètement disparu au moment de l'autopsie.

On ne constate pas toujours la présence d'eau dans l'estomac des noyés et la quantité qu'on en peut trouver est d'ailleurs très variable.

Dans la caisse du tympan, le liquide de submersion se rencontre encore beaucoup moins fréquemment que dans l'estomac et les deux oreilles ne présentent pas toujours un contenu identique.

B. Lésions de la submersion chez les cadavres putréfiés. — La putréfaction du contenu bronchique fait diminuer sa consistance; lorsque cette diminution a atteint un certain degré, il n'y a plus de cause capable de contrebalancer l'élasticité des poumons et ceux-ci s'affaissent, une fois la plèvre ouverte. Les gaz de putréfaction, accumulés dans les cavités pleurales et péricardique, ainsi que les transsudats, peuvent aussi diminuer le volume des poumons. Une autre conséquence de la plus grande fluidité du contenu des bronches, c'est qu'il est moins abondant dans les grandes voies aériennes, dans le pharynx et la bouche, et qu'il est peu ou point mêlé de bulles d'air.

La matière colorante du sang transsudé donne au contenu des voies aériennes une teinte rougeâtre qui empêche souvent de le distinguer des simples transsudats.

Au sein du parenchyme pulmonaire, on ne trouve pas le liquide de submersion en plus grande quantité que sur les cadavres frais, bien qu'ici l'obstruction des petites bronches ne soit pas aussi forte.

La consistance du contenu stomacal n'est pas modifiée par les progrès de la putréfaction.

Lesser a fait l'autopsie d'un noyé qui, quatre jours seulement après la mort et sans indices de putréfaction notable, offrait un affaissement remarquable des poumons, et une fluidité très grande du contenu des bronches qui ne renfermait point de mucosités. Ce fait insolite s'explique par la pénétration dans les voies aériennes d'une grande quantité du contenu stomacal. C'est ce dernier qui a amené, en un temps relativement court, la dissolution des mucosités bronchiques, résultat que la putréfaction n'effectue qu'à un stade plus avancé.

Chez les cadavres en putréfaction, l'oreille moyenne contient presque toujours du liquide, mais il est rare qu'on puisse distinguer s'il s'agit du milieu de submersion ou d'un simple transsudat de putréfaction.

C. Lésions des corps humains submergés après la mort. — Après la mort, l'eau ou les matières aqueuses arrivent facilement et en grande quantité dans le parenchyme pulmonaire, lorsque les bronches sont libres. Il suffit alors de comprimer les surfaces de section du poumon pour amener l'issue d'une écume à bulles fines.

Le liquide qu'on trouve dans les bronches n'est pas toujours privé de bulles d'air.

Le liquide d'immersion pénètre parfois en quantités très considérables dans l'estomac et dans les caisses tympaniques.

C'est la confirmation des faits annoncés par Hnévkovsky (*Wiener med. Blätter*, 1883, nos 26 à 34) qui a observé de son côté sur les cadavres la pénétration facile des liquides jusque dans le poumon et l'oreille moyenne.

L'état du poumon chez les cadavres humains immergés prouve qu'en ce qui concerne la pénétration des liquides dans les organes respiratoires, les conditions physiques sont complètement les mêmes chez l'homme et chez les animaux. Donc, les différences essentielles qu'on note dans les poumons des hommes et dans ceux des lapins et des chiens qui ont péri les uns et les autres par submersion, ne peuvent s'expliquer que par des différences dans le processus physiologique qui précède la mort. L'état des poumons chez les hommes noyés s'explique aisément si on admet que les mouvements respiratoires de l'agonie sont très courts.

Les nouveau-nés ont, à ce qu'on croit généralement, un moindre besoin d'oxygène que les individus plus âgés. Aussi, chez ceux qui ont succombé à la submersion, observe-t-on un état des poumons très analogue à celui des animaux; c'est-à-dire qu'à l'intérieur des alvéoles on trouve parfois des quantités très considérables du milieu liquide ambiant. Jamais non plus Lesser n'y a constaté de mucosités dans les bronches.

La sécheresse des poumons, notée chez beaucoup de cadavres de noyés encore frais, suppose nécessairement, d'après ce qu'on observe dans les expériences de submersion *post mortem*, qu'il se produit une obstruction des bronches après la mort par submersion; sans cela, en effet, on trouverait habituellement de l'eau dans les alvéoles.

Comme conclusion de ses expériences, Lesser déclare se ranger du côté des auteurs qui n'attachent qu'une faible importance diagnostique aux lésions constatées chez les noyés. Pour lui, le contenu de l'estomac et de l'oreille moyenne n'a aucune valeur. Le ballonnement des poumons par lui-même ne prouve rien, car, en dehors de l'emphysème vésiculaire et de l'œdème pulmonaire intense, on le rencontre toutes les fois que les voies aériennes sont obstruées en un point quelconque de leur trajet, soit avant, soit après la mort.

Le diagnostic de mort par submersion ne peut être établi par les seules lésions nécroscopiques qu'autant que le larynx et la trachée renferment une très grande quantité de fine écume, que l'absence d'œdème pulmonaire ou autres affections permet d'affirmer la production *in loco* de cette mousse et que l'existence de mucosités dans les petites bronches a empêché l'affaissement des poumons.

Lorsque sur des cadavres frais, ayant des organes respiratoires sains, on ne trouve pas de ballonnement des poumons, on peut exclure l'hypothèse de la mort par submersion. Mais cette conclusion n'est plus plausible, lorsqu'il s'agit de cadavres en putréfaction.

Le manque de bulles d'air dans des matières laryngées ou trachéales, provenant manifestement du milieu de submersion, ne prouve rien contre leur pénétration avant la mort; de même, la présence de bulles d'air dans ces matières n'exclut pas la possibilité que ces liquides n'aient pénétré qu'après la mort dans les voies aériennes.

Lesser cite dans le cours de son mémoire un fait analogue à ceux de Naegeli (*R. S. M.* XVII, 240) : celui d'un baigneur asphyxié uniquement par l'aspiration des matières alimentaires provenant de vomissements.

II. — Bougier fonde ses conclusions, qui s'écartent sur maints points de celles de Lesser, sur l'examen cadavérique de 27 noyés et sur des expériences consistant, les unes à immerger des cadavres humains (au nombre de 23), les autres à immerger des chiens vivants (au nombre de 16) ou morts (au nombre de 17). Le liquide d'immersion était colorié de façon à pouvoir en reconnaître facilement la présence à l'intérieur des voies respiratoires.

Chez les *noyés*, l'eau et les matières étrangères pénètrent jusque dans le parenchyme pulmonaire. Chez ceux qui sont venus respirer à la surface, l'écume se trouve dans toute l'étendue des voies respiratoires; chez ceux qui ne remontent pas à la surface, la mousse ne se rencontre que dans les bronchioles et les alvéoles. L'écume peut complètement manquer chez les noyés dans le larynx et la trachée desquels on trouve des matières alimentaires.

La putréfaction cadavérique fait disparaître la mousse : en été, au bout de

4 jours de séjour dans l'eau et de quelques heures d'exposition à l'air ; en hiver, elle persiste une quinzaine de jours. La putréfaction fait disparaître à peu près tous les signes de la mort par submersion.

Sur les *cadavres immergés*, Bougier n'a jamais vu ni chair de poule, ni rétraction du pénis et du scrotum, ni champignon d'écume à la bouche. L'épiderme, au lieu d'être ridé longitudinalement et de s'enlever d'une seule pièce, était ridé transversalement, fendillé et ne s'enlevait que par petits lambeaux. Sur les corps qu'on submerge après la mort, l'eau ne pénètre pas au delà des bronches moyennes. Les matières étrangères, en suspension dans l'eau (herbe, paille, vase, sable) arrivent également dans les grosses bronches ; jamais Bougier n'a vu la sciure de bois, par exemple, pénétrer plus loin que les sixièmes divisions bronchiques. Quand le cadavre est immergé le ventre en bas, l'eau ne dépasse pas la première moitié des grosses bronches.

Quelle que soit la position donnée au corps, jamais l'eau n'arrive ni dans l'estomac, ni dans l'oreille moyenne des cadavres immergés.

Jamais, non plus, Bougier n'a noté la production de cette mousse si caractéristique des noyés.

Pour les cadavres immergés, la putréfaction débute par l'abdomen, tandis qu'elle commence chez les noyés à la face et au cou.

Chemin faisant, Bougier déclare avoir été frappé de la rapidité des progrès de la putréfaction sur les cadavres retirés entre Saint-Denis et Gennevilliers ; ils sont en moyenne en avance de 5 jours sur ceux qui ont été repêchés en amont du viaduc d'Auteuil. Cette décomposition hâtive s'explique sans doute par l'action des eaux d'égout et d'usines déversées dans la Seine. Bougier conclut que le diagnostic de la mort par submersion est basé sur des preuves certaines chez les noyés dont l'autopsie est pratiquée avant que la putréfaction cadavérique ait fait des progrès trop considérables.

L'auteur a donné dans sa thèse une place importante au résumé du travail de Lesser. Mais dans les critiques qu'il en fait, l'une n'est due qu'à une inadvertance de traduction. Jamais en effet Lesser n'a songé à expliquer l'emphysème aqueux ou ballonnement des poumons par la *déchirure* des plèvres ; il dit simplement, comme nous l'avons vu, que cet état est la conséquence de la non-rétraction des poumons au moment de l'ouverture de la cavité pleurale. (*R. S. M.* XI, 224 ; XII, 242 ; XIV, 263 et 272 ; XV, 238 ; XVIII, 233 ; XXII, 663 et 664.) J. B.

PATHOLOGIE EXTERNE ET THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

Etude expérimentale et clinique sur un nouveau procédé d'anesthésie mixte, par F. COLOMBEL (*Thèse de Lyon*, 1884).

Il s'agit de l'application à l'homme, du procédé mixte (atropine, morphine et chloroforme), préconisé depuis 1878 par Dastre et Morat pour l'anesthésie chez les animaux, et employé en chirurgie humaine par Aubert (de Lyon). La méthode a pour but de parer aux dangers acci-

dentels et aux inconvénients du chloroforme. Le danger accidentel du chloroforme c'est la syncope cardiaque, cause assez fréquente de la mort chez l'homme et plus fréquente encore chez le chien. L'auteur rappelle que cette syncope se présente sous deux formes : tout au début, c'est la syncope laryngo-réflexe produite par l'irritation que le chloroforme exerce sur les premières voies respiratoires ; un peu plus tard, mais encore près du début, c'est la syncope secondaire ou bulbaire, due à l'excitation du bulbe par les vapeurs anesthésiques ; cette excitation portée par les vagues jusqu'au cœur produit une syncope qui peut devenir mortelle. Ces faits sont acquis et l'auteur les vérifie à nouveau.

Dans tous les autres cas, il ne s'agit plus d'accident proprement dit, mais d'intoxication réelle et c'est alors la respiration qui s'arrête d'abord. Pour en revenir à l'arrêt cardiaque, la méthode nouvelle a pour but de l'écarter en ne laissant plus subsister que la menace qui s'adresse à l'appareil respiratoire. Elle se propose aussi de parer à certains inconvénients de chloroformisation, à savoir : l'agitation et l'excitation du début, l'exagération de la sécrétion salivaire et pharyngienne, fréquente surtout avec l'éther, les vomissements. P. Aubert a appliqué, le premier, le procédé à Lyon en 1883, et il a été suivi par Gayet et Léon Tripier. L'effet physiologique de l'atropine sur la circulation consiste dans l'accélération du cœur et l'augmentation de la pression sanguine : l'accélération est due à une paralysie du vague signalée par Bezold et Botkine. Ces effets et leur cause sont, du reste, inverses de ceux que détermine le chloroforme ; c'est à cause de cela que l'association des deux substances écarte l'accident redoutable de la chloroformisation, la syncope cardiaque. Cette association éloigne encore quelques-uns des inconvénients précités, en amoindrissant la sécrétion salivaire. Les avantages généraux signalés par Aubert après 200 opérations sont, en outre, le calme et la rapidité de l'anesthésie, l'absence du râle trachéal, la rareté des vomissements. Gayet a donné les résultats de 134 opérations pratiquées sur les yeux à l'aide de cette méthode, « résultats absolument parfaits » ; les chirurgiens lyonnais signalent encore la facilité du réveil et la simplicité des suites. L'auteur donne le tableau d'un certain nombre d'opérations, dans lesquelles le rôle de soutien, d'excitant cardiaque ou de calmant se trouve mis en lumière. Ces observations, prises dans les services de Gayet, Léon Tripier, Fochier, concluent de la façon la plus péremptoire en faveur d'une méthode qui a été éprouvée environ huit cents fois. DASTRE.

Ueber die Narkose mit Dimethylacetal und Chloroform (**Sur l'anesthésie avec le diméthylacétal et le chloroforme**), par **F. FISCHER** (*Deutsche Zeitschrift für Chirurgie, Band XXI, Heft* 5 *et* 6, *p.* 445).

Dans le semestre d'hiver, 1882-83, l'anesthésie avec le diméthylacétal et le chloroforme fut pratiquée 150 fois à la clinique chirurgicale de Strasbourg. On s'est servi d'un mélange recommandé par v. Mering et composé de 2 volumes de diméthylacétal et de 1 volume de chloroforme. Ce mélange a le grand avantage d'agir peu sur le cœur, de même que tous les anesthésiques non chlorés. Le diméthylacétal agit surtout sur la respiration.

L'auteur recommande d'employer le mélange de v. Mering dans les

cas suivants : 1° lorsque l'on veut éviter le catarrhe de l'estomac et les vomissements ; 2° dans les laparotomies ; 3° lorsqu'il existe des lésions organiques du cœur ; 4° dans les néphrites ; 5° dans les maladies des centres nerveux et surtout dans la paralysie infantile et l'épilepsie ; 6° dans les cas où le chloroforme provoque des symptômes inquiétants et où l'opération ne peut être terminée sans anesthésie. EDELMANN.

Sur l'emploi de la bande d'Esmarch dans les anesthésies locales, par CHANDELUX (*Lyon méd.*, 15 *novembre* 1885).

En ischémiant préalablement la partie sur laquelle doit porter l'opération au moyen de la bande d'Esmarch, l'auteur a trouvé que l'anesthésie se produit avec beaucoup plus de rapidité. Tout apport de calorique est en effet supprimé par l'interruption de la circulation. L'anesthésie, avec l'appareil de Richardson, pulvérisations d'éther, s'obtient en 20 à 40 secondes, et elle persiste 2 ou 3 minutes après l'ablation de la bande.

L'auteur a opéré ainsi des ongles incarnés avec la plus grande facilité.

A. C.

I. — Quelques applications à la chirurgie des injections hypodermiques de chlorhydrate de cocaïne, par VERCHÈRE (*France médicale*, 22 *et* 24 *septembre* 1885).

II. — La cocaina nelle operazioni chirurgiche, par Antonio CECI (*La Salute*, *fasc.* 11, 1885).

I. — L'auteur rapporte sept observations relatives à des kystes sébacés, un épithélioma de la lèvre, des fissures anales, des hémorroïdes et à un panaris grave. Les injections hypodermiques de cocaïne ont donné dans ces cas des résultats variables. Tantôt l'anesthésie a été absolue, tantôt il y a eu demi-succès, tantôt enfin le résultat a été absolument nul au point de vue de l'insensibilisation. Les résultats les meilleurs ont été obtenus dans les cas où l'on pouvait, en quelque sorte, circonvenir le champ opératoire avec les injections, et où l'on pouvait opérer dans un espace assez petit pour que toute l'opération se fasse dans un point influencé par la solution. La douleur a été aussi d'autant moins sentie qu'on avait attendu plus longtemps avant de commencer l'opération. Chez deux malades atteints, l'un d'une fissure anale, l'autre d'hémorroïdes, il y a eu quelques phénomènes légers d'intoxication générale (vertiges, étourdissements, bourdonnements d'oreille) : peut-être ces accidents sont-ils imputables à la richesse des régions malades en plexus veineux.

L'auteur conclut en somme que les injections hypodermiques de chlorhydrate de cocaïne sont appelées dans certains cas à rendre de réels services, à la condition de prendre certaines précautions. Il ne faut pas dépasser la dose de 2 centigrammes au maximum ; l'injection doit être faite de sept à dix minutes avant le début de l'opération. Autant que possible, il faut qu'elle soit faite en dehors du lieu où doivent être placés les points de suture et à 1 centimètre à peu près des lèvres de l'incision, afin que l'œdème qu'elle détermine ne vienne pas entraver la réunion par première intention. Enfin, il faut être prudent lorsqu'on a affaire à des régions riches en éléments veineux.

Certaines régions où l'œdème se produit facilement (prépuce, paupières) doivent être baignées dans la cocaïne afin que l'anesthésie se fasse par absorption muqueuse, et non injectées par la seringue de Pravaz.

G. DECAISNE.

II.— L'auteur a obtenu de bons effets, comme anesthésie locale, d'une solution de chlorhydrate de cocaïne, à 10 0/0, employée en injections sous-cutanées au point d'opération et en badigeonnages sur la peau après avoir raclé l'épiderme et sur la surface de la plaie, pendant le cours de l'opération. Il a rencontré cependant des cas où l'effet a été à peu près nul.

Voici le résumé de quelques observations.

Suture de la lèvre inférieure, autoplastie: badigeonnages, analgésie complète.

Extirpation d'un épithélioma ulcéré de la joue, autoplastie à deux lambeaux : badigeonnages ; pas ou peu d'analgésie.

Ouverture d'un abcès sous-maxillaire profond, injection (solution à 5 0/0) sous-cutanée ; anesthésie parfaite.

Extirpation d'un kyste sébacé temporal : badigeonnages ; analgésie.

Hémorroïdes, application du clamp, extirpation et cautérisation au thermocautère: badigeonnages et injections, emploi en tout de 20 centigrammes de cocaïne ; analgésie complète pendant 40 minutes.

A. C.

Sur l'emploi de la ouate et de la charpie de bois et d'une poudre antiseptique remplaçant l'iodoforme, par J.-LUCAS-CHAMPIONNIÈRE (*Bulletin de la Soc. de chir., t. XI, p.* 479-484 *et* 495).

L'emploi de la ouate de bois et de la poudre suivante :

Iodoforme	âã
Poudre de quinquina.	âã
Poudre de benjoin	âã
Poudre de carbonate de magnésie saturée d'essence d'eucalyptus	âã

appliquée directement sur la plaie ou par-dessus un peu de protective, permet à l'auteur de retarder le premier pansement au troisième jour pour les plus grandes opérations et au huitième pour les plus petites.

L'emploi de cette poudre réalise une économie considérable sur celui de l'iodoforme pur.

Gillette se sert d'iodoforme désinfecté avec un mélange de poudre de charbon, de sulfate de quinine 1 0/0 et d'essence de menthe.

M. HACHE.

I. — Sur l'injection intravasculaire d'eau salée remplaçant la transfusion, par C. ROUX (*Revue médicale de la Suisse romande, IV,* 222, 241 *et* 145, *avril, mai et mars* 1884).

II. — Heftige Magenblutung nach einer Magenausspülung, erfolgreiche Kochsalzinfusion (Transfusion saline dans un cas d'hématémèse) par L. MICHAELIS (*Berliner klinische Wochens., n°* 25, *p.* 393, 23 *juin* 1884).

III. — Misslungener Versuch einer Kochsalzinfusion, par JAEGER (*Correspondenzblatt f. schweizer Aerzte, n°* 12, *p.* 291, 15 *juin* 1885).

IV. — Ueber intravenoese Kochsalzinfusion bei chronisch-anämischen Zuständen (Transfusion saline dans les états d'anémie grave), par Max KORTÜM (*Berl. kl. Woch., n°* 25, *p.* 395, 22 *juin* 1885).

I. — D'un certain nombre d'observations personnelles, Roux tire les conclusions suivantes :

L'injection intravasculaire d'eau salée faiblement alcaline est pour l'espèce humaine aussi inoffensive que chez les animaux.

Elle est d'une efficacité surprenante aussi bien dans certaines formes de collapsus que dans les cas d'anémie aiguë.

La simplicité de cette petite opération et la facilité de se procurer rapidement le liquide nécessaire resteront les grands avantages de l'injection intravasculaire de Schwartz sur la transfusion du sang.

Lorsqu'au lieu de pratiquer l'injection dans le bout central de la veine médiane, on la fait dans celui d'une artère, il faut se servir d'une seringue plutôt que de l'entonnoir avec tube de 80 centimètres de long, parce que la pression artérielle peut dépasser celle de la colonne d'eau salée de 80 centimètres de hauteur.

Une observation du mémoire montre, comme celle publiée par Coates, qu'à la rigueur on peut employer de l'eau chaude simple.

II. — Un homme de 37 ans, atteint d'ulcère de l'estomac, est pris coup sur coup d'hématémèses considérables qui résistent à tous les moyens médicamenteux. L'état du malade ne laissant que peu d'espoir, Michaelis résolut de tenter une injection intraveineuse de chlorure de sodium. Il avait déjà introduit environ 200 centimètres cubes du liquide dans la veine médiane, lorsque son aide retira la canule de la veine. Michaelis essaya de la réintroduire au-dessus, mais il transperça de part en part les parois veineuses. Le même accident se produisit sur la veine médiane de l'autre bras où il put cependant faire pénétrer 150 centimètres cubes de la solution.

Le pouls radial ne reparut que 3 heures après l'opération ; il était alors d'une fréquence et d'une petitesse telles qu'on ne put le compter. — Vin ; injections d'éther. Perchlorure de fer.

Les hémorragies ne se reproduisirent plus. Une des plaies opératoires dut être décousue et suppura. (*R. S. M.*, XXV, 290).

III. — Femme de 32 ans ; insertion vicieuse du placenta, accouchement spontané, mais délivrance artificielle. Le 8ᵉ jour, deux violentes hémorragies : pouls insensible, battements du cœur très rapides, à peine distincts, refroidissement des extrémités, anxiété et constriction thoracique. Jaeger enlève les caillots dont le vagin est rempli et le tamponne. Puis il se dispose à faire une injection intraveineuse de chlorure de sodium. Mais chez cette femme, même en bonne santé, les veines sont invisibles. Ayant cru en avoir finalement ponctionné une, Jaeger poussa l'injection, mais il se convainquit que le liquide (50 grammes) était dans le tissu cellulaire.

État général un peu moins mauvais, mais vomissements. Le pouls est toujours inappréciable, les extrémités froides, le tamponnement vaginal et un bandage comprimant l'utérus sont toujours en place : étourdissements continus, sensation d'engourdissement dans les membres. — Suc de viande. Lait aigre. Bouteilles d'eau chaude.

Le lendemain, les extrémités s'étaient réchauffées, les vomissements avaient cessé et le pouls avait reparu fréquent et faible. Les jours suivants, les tampons furent expulsés spontanément et dès lors la guérison fit des progrès incessants. Deux mois plus tard, Jaeger put s'assurer que, même lorsque le bras avait été bandé un quart d'heure, aucune veine de l'avant-bras ne devenait perceptible.

IV. — Femme de 26 ans, épuisée par deux métrorragies consécutives et prolongées. La recherche de la veine médiane est impossible malgré l'application de la bande à saignée ; il fallut recourir au tube d'Esmarch pour exercer une compression plus énergique. En deux temps, Kortüm injecta 400 centi-

mètres cubes d'une solution de chlorure sodique à 0,6 0/0, maintenue à 40°. Pendant l'opération, la malade accusa une sensation agréable de chaleur, ses joues s'animèrent; on put enfin compter le pouls qui battait 80 fois par minute. Après l'opération, céphalalgie, vomissements et frissons. — Fomentations et bouteilles chaudes, Porto. Deux heures plus tard, la malade était réchauffée et, pour la première fois depuis six semaines, elle réclamait à manger. (*R. S. M.* XVII, 53; XXI, 681 et 682; XXV, 287 à 290.) J. B.

Etiologie du tétanos, par LARGER (*Bull. et mém. de la Soc. de chir.* 1885, *t. XI, n° 11, p.* 705-716).

L'étude de deux petites épidémies locales de tétanos dans des communes des environs de Paris conduit Larger à formuler les conclusions suivantes :

1° Le tétanos est une affection épidémique, ce qui est admis depuis longtemps par un grand nombre de vétérinaires et par plusieurs médecins ;

2° Le tétanos peut devenir endémique en toute saison, dans un village et même dans une écurie ou une cour de ferme, mais pas dans une salle d'hôpital : ce qui fait incliner vers l'opinion que l'agent de production du tétanos réside dans le sol où il trouve les conditions de son développement et de sa reproduction ;

3° Le tétanos est contagieux. Le fait qu'Arloing et Tripier ont obtenu des résultats négatifs d'inoculation démontre que le microbe du tétanos n'existe ni dans le sang, ni dans le pus, mais ne prouve pas qu'il ne réside dans le bulbe, la moelle ou les nerfs par exemple, où il eût fallu le chercher et où on le trouvera sans doute un jour, de même qu'on y a découvert le virus de la rage.

Carle et Ratone auraient déterminé par l'inoculation des produits du tétanos de l'homme une maladie semblable, sinon identique, chez le lapin.

Terrier, après avoir dit que les recherches demandées sur le système nerveux ont été faites sans succès par Nocard, d'Alfort, montre que la contagiosité du tétanos a été admise sans preuve en médecine vétérinaire et repose sur une mauvaise interprétation des faits. Actuellement, chez l'homme, malgré l'opinion de Roser, Billroth et Lister, on ne peut admettre que le tétanos soit épidémique ni contagieux. *Polaillon* rapporte trois faits qui l'ont frappé au point de vue de la contagion possible de cette maladie. M. HACHE.

Tétanos traumatique. Traitement par le chloral à hautes doses. Guérison, par CAUCHOIS.

Tétanos à début tardif. Chloral et opium à doses élevées. Guérison, par DEMMLER.

Plaie contuse de la face palmaire du petit doigt. Tétanos aigu. Traitement par les opiacés et l'hydrate de chloral. Mort, par ROBUCHON.

Abcès consécutif à un cor du petit orteil. Incision. Tétanos. Traitement par le chloral, la belladone et l'opium. Guérison, par POUSSON.

Tétanos traumatique après une amputation de deux orteils. Traitement par le chloral à l'intérieur et le chloroforme en inhalations. Guérison, par BALLU.

Plaie contuse avec déchirure des enveloppes du testicule. Tétanos. Pansement à l'alcool et au chloral. Chloral à l'intérieur et injections hypodermiques de morphine. Guérison, par MÉPLAIN. Rapport par VERNEUIL (*Bulletin de la Soc. de chir.* 1885, *t. XI*, *p.* 438-464).

Verneuil ajoute aux observations précédentes deux observations inédites prises récemment dans son service :

1° Plaie par écrasement des orteils. Tétanos. Guérison par doses massives de chloral et injections hypodermiques de morphine ;

2° Plaie contuse du médius. Tétanos. Désarticulation des doigts. Chloral à dose hypnotique. Injections hypodermiques de morphine. Mort subite le 10e jour. Pas d'autopsie.

Après avoir cité encore quelques faits, tirés de la littérature étrangère, qui confirment la haute valeur du chloral dans le traitement du tétanos, Verneuil termine ce rapport par les conclusions suivantes :

1° Le tétanos, complication heureusement rare des lésions chirurgicales sous notre latitude, n'a pas été sensiblement modifié par les pansements antiseptiques et semble toujours fort grave ; toutefois le pronostic s'est, depuis quelques années, sensiblement amélioré et la guérison n'est plus, comme autrefois, un fait en quelque sorte miraculeux ;

2° En l'absence de notions étiologiques précises, la thérapeutique reste à la vérité purement empirique, mais le raisonnement et l'expérience s'accordent à chercher le salut dans la médication narcotique et stupéfiante et dans la suppression de toutes les excitations sensorielles et tactiles ;

3° Parmi les médicaments à introduire dans l'économie, le chloral est sans contredit le plus efficace et le plus facile à manier ; néanmoins, il paraît exiger, dans un grand nombre de cas, le secours de l'opium et de ses dérivés. En effet, le chloral et la morphine associés de bonne heure à doses suffisantes pour abolir en quelque sorte la vie de relation, et continués pendant longtemps, donnent une proportion de succès que nulle autre combinaison médicamenteuse n'a atteinte jusqu'ici ;

4° Il importe infiniment de proclamer que le tétanos est une affection cyclique à évolution particulière, qu'on ne saurait donc juguler et qui dure d'ailleurs beaucoup plus longtemps qu'on ne le croyait, c'est-à-dire trois septénaires en moyenne ;

5° Pendant toute cette durée, les indications restent les mêmes et la médication doit être poursuivie sans relâche. La cure est le plus souvent compromise par l'indécision, la variabilité, le défaut de suite, l'incohérence même dans le choix et le mode d'administration des remèdes ;

6° Tout fait espérer que la médication chloralo-opiacée, appliquée avec promptitude, persévérance et vigueur, donnera dans la suite des succès de plus en plus nombreux.

M. HACHE.

I. — Gährungsvorgänge im menschlichen Munde (Fermentations qui ont lieu dans la cavité buccale humaine; leurs rapports avec la carie dentaire et diverses autres maladies), par MILLER (*Wiener mediz. Wochenschrift*, 1885).

II. — Statistiques sur la carie dentaire, par SHER (*Zubovratchebnigi Vestnik*, *mars* 1885).

III. — De la carie dentaire, par A.-K. GRIGORIEFF (*Karbask med. Sbomik, n°* 39, 1885).

I. — Pour l'auteur, le premier stade de la carie dentaire consiste dans la décalcification du tissu dentaire par des acides provenant des fermentations qui ont lieu dans la bouche, et le second dans la destruction de ce tissu ramolli par des micro-organismes. Ayant ensuite cherché la nature du ferment causal, il put constater qu'il devait être de nature organique, d'abord parce que les poisons physiologiques le détruisent, ensuite parce qu'une température de 67° empêche à peine son activité, et enfin parce qu'il se reproduit et garde sa force acidifiante pendant plusieurs générations. Par la culture, l'auteur a pu isoler des dents cariées 5 micro-organismes sous forme de coques isolés ou en chapelets, de bacilles et de filaments. Tous ces micro-organismes paraissent avoir une propriété commune, celle de faire fermenter des solutions hydrocarburées. De tous ces microcoques, ceux qui se présentent en chapelets et que Miller désigne par la lettre α se trouvent le plus constamment dans la bouche et il les considère comme les agents principaux de la carie dentaire.

Les recherches de l'auteur établirent que le produit de fermentation de la salive était du lactate de zinc en quantité assez considérable, et d'autre part il put constater que l'activité des ferments buccaux était indépendante de l'oxygène sans cependant pouvoir affirmer si ces ferments ont oui ou non besoin pour leur existence d'oxygène. Ils trouvent toujours dans la bouche des solutions sucrées, produites par l'action de la ptyaline sur l'amidon ou bien ingérées directement, de sorte que leur action fermentescible est pour ainsi dire ininterrompue.

En exposant des fragments de dents saines à l'action des microcoques décrits, Miller put constater le ramollissement du tissu déjà à la fin de la 1re semaine; à la fin de la seconde, il constata la dilatation des canalicules dentaires qui étaient remplis de micro-organismes et, à la fin de la 3e semaine, toutes les lésions de la carie. Recherchant ensuite le meilleur antiseptique pour arrêter la fermentation acide, l'auteur put s'assurer de la supériorité du sublimé, ce sel arrête la fermentation dans une solution de 1 pour 500,000.

Mais aux micro-organismes isolés par l'auteur il faut ajouter le ferment acétique, butyrique, le lepthotrix buccalis et enfin, au moment de la dernière période de la carie, alors que la dent est complètement détruite, qu'il existe de la périostite alvéolo-dentaire et des fistules, la bouche fourmille de microbes de putréfaction qui empestent l'haleine et qui sont certainement la cause de bien des affections qu'on voit survenir alors.

M. SCHACHMANN.

II. — Sher a examiné les dents de 169 écoliers âgés de 8 à 17 ans et il a trouvé 189 dents cariées ; les 2e et 3e molaires inférieures étaient les plus fréquemment malades.

L'examen de 1,526 soldats lui a fait relever 495 cas de carie dentaire ; la 3e et la 4e molaire sont de beaucoup les plus sujettes à la carie.

Rabinovitch (*Vratch*, n° 42, 1882) a examiné de même 754 soldats et a trouvé 242 fois de la carie dentaire (voy. *R. S. M.*, XXI, 690). A. C.

III. — Examen des dents de 800 soldats âgés de 17 à 31 ans. Chez 262 les dents étaient malades, le nombre des dents cariées s'élevait à 635.

L'auteur donne le relevé des cas pour chaque dent, la proportion d'après chaque nationalité. Les fumeurs au nombre de 507 ont donné 161 cas de dents cariées, les non-fumeurs, 293, en ont eu 101.

L'auteur conclut que le tabac est un bon prophylactique contre la carie dentaire. A. C.

Diseases of the tongue (Maladies de la langue), par Henry-T. BUTLIN (in-12, *Londres*, 1885).

Cet ouvrage fait partie d'une collection de manuels à l'usage des étudiants et des praticiens ; en réalité, il constitue un traité complet des maladies de la langue. L'auteur passe en revue les affections purement médicales, celles qui sont du ressort de la chirurgie, les manifestations spéciales (syphilis, dermatoses, tuberculose, etc.). L'ordre dans lequel sont groupées les matières semble un peu étrange ; l'essentiel, en somme, est que toute lésion soit étudiée. Nous trouvons ainsi une série de chapitres : blessures de la langue, modifications de coloration, éruptions, excoriations et fissures, ulcères, taches et plaques, noyaux et nodules, atrophie, kystes, tumeurs, etc. Une large place, près d'un quart du volume, est réservée à l'étude du cancer, au traitement opératoire, aux causes de mort après l'opération et au traitememt des récidives. Butlin donne la préférence, pour l'extirpation de la tumeur quand il n'y a pas de complications, à la méthode de Baker ; dans les cas compliqués, il a recours au procédé de Kocher, mais il croit que la pratique d'une trachéotomie préventive ajoute aux dangers de l'amputation linguale. Comme pansement il emploie la gaze iodoformée bourrée dans la plaie. Il réclame l'intervention hâtive, dès que le diagnostic a pu être établi, en s'aidant de l'examen microscopique.

Un grand nombre de planches en chromolithographie, d'une bonne exécution, donnent l'image des lésions les plus communes ou les plus difficiles à diagnostiquer. A. C.

Face and foot deformities (Difformités de la face et du pied), par Fred. CHURCHILL (Vol. in-8°, *Londres* 1885).

Appliquant le terme difformité à toutes les lésions de surface et aux défauts de symétrie, l'auteur étudie les altérations de structure permanentes et temporaires produites par maladie, vice congénital ou traumatisme : il se limite aux difformités de surface et aux méthodes modernes de traitement sans s'occuper de la chirurgie des lésions profondes du pied ou de la face. L'auteur a réuni un bien grand nombre d'affections eu égard au volume de l'ouvrage; aussi chacune d'elles est étudiée avec soin mais brièvement, sans discussion d'étiologie ou de traitement.

Pour ce qui concerne la face, nous trouvons : les difformités de structure ; les éruptions ; les maladies parasitaires ; les tumeurs superficielles, lipomes, épithéliomes, abcès et fistules dentaires, etc. ; les traumatismes, fractures, brûlures ; puis une étude de la chirurgie plastique de la face, des difformités des lèvres, des paupières et de l'œil antérieur ; quelques mots enfin sur les difformités d'origine nerveuse, spasme choréique, paralysie faciale, etc.

Les lésions du pied sont rangées en 3 groupes : les blessures et mala-

dies de surfaces; les difformités causées par la chaussure mal faite; les difformités congénitales (pied-bot). MAUBRAC.

Insanity following an injury of the head (**Trépanation pour une plaie de tête ayant déterminé des symptômes d'aliénation**), par **Carlos F. MAC DONALD** (*New York state med. Assoc.; Med. News*, 28 *novembre* 1885).

Le malade s'était tiré un coup de revolver dans la région frontale; conduit à la prison, il put, après guérison, faire le travail des prisonniers, mais il donnait de temps en temps des signes de troubles mentaux. Trépanation après éthérisation. Aucun fragment osseux n'est enfoncé dans le cerveau. On ponctionne avec une fine aiguille et on retire deux drachmes de serum. Pansement antiseptique. Guérison complète, tout phénomène cérébral disparut. On apprit alors par le malade que le médecin, qui l'avait vu au moment de l'accident, avait retiré le projectile. A. C.

Uber die Resection des Kropfes. (**Sur la résection du goître et ses suites** par **S. MIKUCILZ** (*Centralblatt f. Chirurgie, n°* 51, *p.* 889, 1885).

La cachexie strumiprive (36 cas, auxquels l'auteur en ajoute un); la tétanie (13 cas sont publiés : l'auteur l'a observée quatre fois sur sept extirpations totales du corps thyroïde); une nouvelle affection non encore décrite, dont l'auteur connaît trois cas, les crampes épileptiques; la paralysie des muscles du larynx, qui est quatre fois plus fréquente après l'extirpation totale qu'après l'extirpation partielle; tout cela doit faire frapper d'un énergique veto l'extirpation totale du corps thyroïde. Que faire alors dans les cas où l'extirpation des deux moitiés de la glande est indiquée?

L'auteur propose une opération qu'il a pratiquée huit fois avec succès, la résection du corps thyroïde. Cette opération consiste à enlever les lobes de la glande en laissant en place la portion qui est solidement fixée dans l'angle compris entre la trachée et l'œsophage et qui recouvre le nerf récurrent et l'artère thyroïdienne inférieure. Cette portion, le hile de la glande, est traitée comme un pédicule de kyste ovarique. On le divise en plusieurs parties qui sont prises avec des pinces hémostatiques et liées séparément. Les pinces repoussent la substance glandulaire, et il ne reste entre les mors que le tissu conjonctif avec les vaisseaux. L'hémostase en est mieux assuré.

L'auteur a pratiqué huit fois cette opération. Dans six cas, il y a eu réunion totale par première intention. Dans un cas, la réunion fut entravée par une suppuration superficielle dans l'angle inférieur de la plaie. Dans un autre cas, la trachéotomie ayant été faite au cours de l'opération, l'auteur ne chercha pas la réunion par première intention et tamponna la plaie avec de la gaze iodoformée.

Dans aucun cas, les ligatures n'amenèrent de réaction; dans aucun il ne survint de troubles généraux. Dans un cas où l'opération avait été faite pour un goître exophtalmique, les symptômes de cette affection disparurent.

Mikulicz résume ainsi les avantages de son opération. Si l'on considère le corps thyroïde comme un organe important pour l'existence, il en reste après l'opération une partie capable de remplir la fonction. Si

l'on pense au contraire que les accidents consécutifs à l'ablation du corps thyroïde sont dus à la lésion des nerfs situés derrière la glande, le procédé opératoire écarte encore sûrement le danger. DELBET.

Kyste hydatique du corps thyroïde, par MEINERT (*Cent. f. Chir., n° 24*, 1885).

Jeune fille de 14 ans, ayant, depuis l'âge de 6 ans, une thumeur thyroïdienne qui, depuis quelques mois, gêne la respiration par son volume croissant. Pas de goître dans la famille. La tumeur est fluctuante; on diagnostique un abcès froid et on se décide à faire des injections d'alcool. On constate alors qu'il s'agit d'un kyste hydatique. Incision, drainage, guérison. A. C.

Beiträge Mecklenburgischer Aerzte zur Lehre von der Echinokokkenkrankheit, (Travaux des médecins mecklembourgeois sur les kystes hydatiques), par O.-W. MADELUNG (in-8°, *Stuttgard et Cent. f. Chir.*, 12 *septembre* 1885).

L'auteur donne, dans ce mémoire, un résumé des travaux des médecins mecklembourgeois sur les kystes hydatiques. Nous extrayons la statistique des observations :

21 cas d'hydatides du poumon;

2 cas de la plèvre (opérés, 1 guérison, 1 en traitement);

1 cas du cœur (trouvé à l'autopsie);

132 cas du foie (44 opérations, 22 guérisons, 2 résultats inconnus, 19 morts, dont 2 dues à l'opération;

88 non opérés, 39 morts, 11 inconnus, 10 non guéris, 22 guéris;

7 cas du rein (7 opérations, 4 morts);

3 cas de la rate (1 opéré, 3 morts);

3 cas du péritoine (1 opéré guéri, 2 morts);

3 cas des organes génitaux chez la femme;

7 cas (du bassin);

13 cas du tissu cellulaire sous-cutané (2 guéris par rupture spontanée, 11 opérés, 1 mort);

3 cas des os (3 opérations, 1 mort);

1 cas du cerveau (trouvé à l'autopsie).

Parmi les observations de kystes du foie, celle de Wechselmann mérite une mention particulière; il y eut, à la suite de l'ouverture du kyste, un écoulement de bile qui s'éleva jusqu'à 750 grammes par jour.

A. CARTAZ.

I. — Schussverletzung des Herzens (Plaie du cœur par arme à feu), par MOSETIG-MOORHOF (*Soc. des méd. de Vienne*, 23 *janvier* 1885).

II. — Incision du péricarde pour une péricardite purulente, par MIKHAILOVA (*Mediz. Obosrénié, n° 5*, 1885).

I. — Un forgeron, âgé de 34 ans, se blesse à la poitrine, le 19 novembre, avec un revolver chargé de grenaille. Il perd beaucoup de sang, mais peut gagner l'hôpital à pied. On constate une plaie d'un centimètre, située à 1 cent. 1/2 au-dessous du mamelon gauche. Dyspnée, crachats sanglants. Signes d'hémothorax et de blessure de poumon. Les jours suivants augmentation de l'épanchement. Catarrhe bronchique, orthopnée. Le 10 décembre, ponction de nécessité; on retire 500 grammes de sang.

Le 17, en présence de l'aggravation croissante des accidents, l'auteur pratique la thoracotomie avec résection de 3 centimètres de la 7e côte. Écoule-

ment de 2 litres de sang décomposé. Il trouve dans la plèvre costale une petite loge qui contient quelques grains de plomb. Pansement à l'iodoforme et à la paille de bois. Cette opération donne un bon résultat; mais, dans la seconde semaine de janvier, le malade offre des signes de mal de Bright avec accidents urémiques. Mort le 19 janvier 1885.

Bien que les symptômes cardiaques aient fait défaut pendant la vie, on trouve une perforation du péricarde, un accolement complet des deux feuillets de la séreuse; il y a un grain de plomb logé dans la paroi du ventricule gauche.

Les grains de plomb qu'on n'a pu extraire sont dans des fausses membranes sur la plèvre diaphragmatique. Le poumon gauche est rétracté.

Les reins sont dégénérés, graisseux. L. GALLIARD.

II. — Femme de 35 ans, entrée à l'hôpital au 5e jour d'une chute d'une grande hauteur. Elle souffrait depuis longtemps d'accidents cardiaques. A son entrée, on constate tous les signes d'une péricardite; les accidents arrivent à un tel degré (cyanose de la face, dyspnée, lenteur du pouls, asphyxie, œdème du thorax) qu'on fait le 15e jour une ponction aspiratrice; on retire 80 centimètres cubes de pus lié et 40 centimètres cubes de sang presque pur à la fin. Soulagement très léger et très passager. Le 17e jour, on incise le péricarde à travers le 4e espace intercostal ; on retire 2 litres de pus sanguinolent fétide. Lavages boriqués; drain à demeure. Mort 18 heures après.

A l'autopsie, dégénérescence graisseuse du cœur, dilatation des ventricules, épaississement fibrineux supérieur, oblitération totale de la plèvre gauche, œdème des poumons, thrombose marastique des veines du bassin.

A. C.

I. — Cavities in lower lobe of left lung (Caverne pulmonaire ; bronchectasie et gangrène, par suite d'un corps étranger introduit probablement dans l'enfance), par GAIRDNER (*Pathol. and clin. Soc.*, *Glasgow med. journ.*, *janvier* 1885).

II. — The treatment of pulmonary cysts (Ouverture et drainage des kystes hydatiques du poumon), par John Davies THOMAS (*Brit. med. j.*, *p.* 692, *octobre* 1885).

III. — On intrapulmonary injections, par Shingleton SMITH (*Brit. med. j.*, *p.* 817, *octobre* 1885).

I. — Enfant de 11 ans, atteint d'inflammation pulmonaire (?) gauche à l'âge de 2 ans et demi. Rien jusqu'à l'âge de 7 ans, époque à laquelle se montrèrent les premiers signes de la maladie actuelle. Expectoration purulente et fétide, fièvre, émaciation; cavernes dans le poumon gauche, diarrhée intercurrente, tous les signes d'une phtisie à marche chronique. On ne trouve pas de bacilles. Insuffisance de tout traitement interne ; les inhalations (acide phénique, créosote) diminuent la fétidité.

Comme la caverne était d'un volume étendu, comme on ne trouvait pas de bacilles, Gairdner, après avoir pris l'avis de Finlayson et Powell, pria Macleod d'opérer son malade. La cavité pulmonaire, facilement atteinte, fut vidée; le doigt ne fit reconnaître aucun corps étranger.

Le malade mourut trois jours après l'opération et la première incision du poumon tomba sur un corps étranger: fragment de tube en fer, porte-plume. Nombreuses cavités bronchectasiques autour de la caverne. A. C.

II. — L'auteur est partisan d'une large intervention chirurgicale dans le traitement des kystes hydatiques du poumon, et il conseille l'empyème et les drainages antiseptiques. Il s'appuie sur l'analyse de 32 cas d'hydatides pulmonaires opérées, dont 5 personnels (l'auteur exerce en Aus-

tralie, pays où l'affection hydatique est fréquente). Sur ces 32 opérations, 25 ont été pratiquées en Australie, 3 en Angleterre, 2 en France, 1 en Allemagne et 1 en Amérique. Le résultat général a été 27 guérisons et 5 morts.

L'auteur ne conseille pas les lavages antiseptiques du sac, à cause des violentes quintes de toux que détermine l'introduction du liquide dans les bronches, mais il est très partisan du drainage et du pansement de Lister pour éviter secondairement la putridité. H. R.

III. — Après avoir rappelé les tentatives de Koch, de Mosler, et surtout celles de Beverley Robinson (*New York med. Record,* 10 janvier 1885), pour injecter des substances médicamenteuses dans les cavernes des phtisiques, l'auteur rapporte des expériences personnelles faites par lui sur cette question de thérapeutique pulmonaire. Le liquide choisi était l'iodoforme en solution huileuse ou en solution éthérée. Sur un sujet atteint de gangrène du poumon, chez lequel les inhalations antiseptiques s'étaient montrées inefficaces, il fit des injections intrapulmonaires d'iodoforme pendant quatre jours successifs, puis des injections éthérées de la même substance pendant treize jours; le malade toussait au moment de l'injection, mais n'en ressentait aucun mal : l'odeur de l'haleine était beaucoup moins fétide. Néanmoins, le malade succomba aux progrès de sa lésion, et l'on ne trouva aucune escarre, aucun foyer de pneumonie imputable aux injections : il fut même impossible de retrouver des traces d'iodoforme dans le parenchyme pulmonaire.

Cinq autres cas, portant sur des tuberculeux, sont relatés par l'auteur; l'iodoforme se montra inoffensif, mais peu efficace.

Le fait qui ressort de ces tentatives est que les injections d'iodoforme intraparenchymateuses sont inoffensives : elles n'ont déterminé ni fièvre, ni hémoptysie, ni pneumonie, mais des quintes de toux qui cessent en général assez vite. Le seul résultat obtenu paraît être la diminution de quantité des crachats, et surtout la disparition presque complète de leur fétidité (voy. *R. S. M.,* XXVII, 282). H. R.

I. — Traité des résections et des opérations conservatrices qu'on peut pratiquer sur le système osseux (t. Ier. Introduction, résections en général), par **OLLIER** (in-8, *Paris,* 1885).

II. — Die Tuberculose d. Knochen und Gelenke (La tuberculose des os et des articulations), par **KŒNIG**, traduit par **LIEBRECHT** (in-8, *Bruxelles,* 1885).

III. — Ein Fall von Resectio Coxæ (Résection de la hanche chez un enfant de 4 ans), par von **LESSER** (*Berliner klin. Woch.,* 23 juin 1884).

IV. — Ueber Hüft und Kniegelenkresectionen (De la résection de la hanche et du genou), par **NEUBER** (*Ibidem,* 2 juin 1884).

V. — Ueber Hüftresection wegen angeborener Luxation (Résection de la hanche pour luxation congénitale), par **HEUSNER** (*Idem,* 12 janvier 1885).

VI. — De la résection de l'articulation tibio-tarsienne par la face postérieure dans l'arthrite fongueuse, par **P. LIEBRECHT** (*Bull. de l'Acad. de méd. de Belgique, vol. XVIII, n°* 12).

VII. — Die Arthrectomie des Fussgelenkes (Résection du tarse), par **ERASMUS** (*Deutsche med. Woch.,* n° 21, 1885).

VIII. — De l'extirpation totale de l'omoplate avec conservation du membre supérieur, par POINSOT (*Rev. de chir., mars* 1885).

I. — C'est le cas ou jamais de faire observer ici qu'une analyse ne peut rendre compte d'une œuvre qui résume l'activité chirurgicale et scientifique et, en quelque sorte, l'existence entière d'un homme, et surtout d'un novateur tel qu'Ollier. Aussi le premier volume du *Traité des résections* doit-il être lu et médité par tous ceux qu'intéressent les progrès de la chirurgie des os et des articulations. Nous nous bornerons à indiquer ici le plan de l'ouvrage et à insister sur quelques-uns des points que l'auteur n'avait pas encore abordés dans ses nombreuses et importantes publications sur la matière.

Deux chapitres servent d'entrée en matière : l'historique des résections et l'exposé des faits physiologiques et des expériences fondamentales sur lesquels s'appuie la méthode sous-périostée. Après cette double étude qui dispensera ceux qui écriront sur ce sujet d'y revenir dans leurs recherches, Ollier divise, suivant la nature de l'affection qui les réclame et le but qu'elles doivent remplir, les résections en sept classes principales : les résections pour lésions traumatiques, inflammatoires, organiques; les résections orthopédiques, préliminaires, temporaires et ostéoplastiques. Laissant de côté les quatre derniers groupes, malgré l'actualité des opérations qui en ressortent, nous voyons tout l'intérêt du livre se concentrer sur les trois premiers qui peuvent se réduire à deux : les résections traumatiques et les résections pathologiques; parmi ces dernières, quoique des pages intéressantes et originales soient consacrées à l'ostéomyélite et aux opérations qu'elle réclame, ce sont les résections pour les inflammations chroniques des os et des articulations, pour la tuberculose, pour la tumeur blanche, qui l'emportent comme importance et comme intérêt. Après avoir refusé au début de constituer ce groupe des résections pathologiques, Ollier a été forcé plus tard de le reconnaître et même de convenir que la résection pathologique par excellence, c'est la résection pour tumeur blanche; mais les questions de nomenclature sont de peu d'importance ; puisque nous les mentionnons, disons qu'à côté des résections proprement dites, l'auteur étudie constamment les abrasions, les évidements, la tunnellisation, qui, avec le traitement par les caustiques et le raclage, font pour lui partie intégrante de la technique opératoire.

Celle-ci fait l'objet d'une des parties les plus importantes de l'ouvrage. La description minutieuse de l'appareil instrumental est suivie de deux chapitres consacrés aux règles opératoires et au traitement par l'opération.

On sait que la base de toute la méthode sous-périostée est la conservation du manchon périosto-capsulaire qui réunit les extrémités des os réséqués; l'auteur pousse si loin le soin de sa conservation qu'il donne la règle, on le sait, de conserver même les débris osseux adhérents au périoste ou à la capsule : on ne s'étonnera donc pas qu'il se déclare l'adversaire de certaines opérations manuelles comme l'excision de la synoviale telle que la pratiquent Volkmann et Kœnig; il se refuse de même dans les lésions tuberculeuses aux opérations partielles d'évidement et d'abrasion simples, qu'il juge insuffisantes et dangereuses. Il n'en pro-

cède pas moins au cours de l'opération à l'ablation soigneuse ou à la destruction des fongosités proprement dites, ménageant au contraire les granulations inflammatoires; quand les fongosités sont infiltrées de tubercules et que ceux-ci s'étendent aux tissus périarticulaires, Ollier conseille même de substituer l'amputation immédiate à la résection.

Deux préoccupations dominent tout le traitement post-opératoire : le soin de s'opposer aux récidives des fongosités ; et à ce point de vue il est intéressant de constater que l'auteur, partisan convaincu du traitement antiseptique, est un adversaire de la réunion primitive complète. Il pense qu'il faut ménager des voies qui facilitent l'abord de la synoviale et qui permettent de détruire les fongosités, si elles se reproduisent, soit par les caustiques, soit par le fer rouge. Il y a là un point capital de pratique sur lequel la discussion aura sans doute à s'engager longtemps encore.

La seconde considération est celle des fonctions de la néarthrose qu'il faut favoriser par les mouvements exercés dès qu'ils ne détermineront plus ni douleurs persistantes, ni poussées inflammatoires de retour. Ollier, qui préconise comme moyen de contention presque exclusif les appareils plâtrés, conseille, pour éviter l'ankylose, d'exécuter ou de faire exécuter ces manœuvres par le malade quelquefois dès les premiers jours.

Je passe sur ce sujet et sur d'autres connexes bien des points de première importance ; je mentionne seulement l'étude du processus réparateur à la suite des résections, étude appuyée sur de nombreuses pièces , où la restauration des extrémités articulaires et des cartilages d'encroûtement eux-mêmes est prouvée par de beaux exemples qui confirment ce que les données expérimentales avaient pu faire prévoir, et j'arrive au chapitre le plus important : celui des indications générales des résections.

L'influence qu'a eu l'adoption générale de la méthode antiseptique sur la pratique des résections est appréciée par Ollier de la manière suivante :

« Par le seul fait que les plaies nécessitées par les résections ont considérablement diminué de gravité, les indications de ces opérations se sont proportionnellement multipliées.

« Mais elles ne se sont pas également multipliées pour toutes les catégories de résections. Si les résections orthopédiques sont nées pour ainsi dire sous cette influence ; si les résections pour lésions pathologiques peuvent être pratiquées beaucoup plus tôt et beaucoup plus souvent, il n'en est pas de même pour les résections traumatiques qui sont devenues de moins en moins nécessaires..... Le pansement de Lister, qui rend aseptiques les plaies de résection pratiquées sur des os sains, rend également aseptiques les fractures compliquées de plaie, et prévient par là l'arrivée des accidents infectieux qui eussent nécessité plus tard une résection. Si les pansements antiseptiques nous autorisent à faire plus fréquemment les unes, ils nous dispensent de plus en plus de recourir aux autres. »

En examinant ensuite l'influence que les doctrines médicales régnantes ont eue sur les indications des résections, l'auteur fait un aveu qu'il faut recueillir avec soin en anticipant sur l'étude des résections du genou. Parlant de l'engouement qui a accueilli cette opération, il fait

voir que la multiplication des cas où on l'a employée a été une erreur ; « on réussit sans doute par la résection, dit-il; on réussira même d'autant mieux que la résection sera moins nécessaire, mais on aurait réussi tout aussi bien, et obtenu un résultat définitif meilleur, en ayant eu un peu plus de patience et en s'abstenant de toute opération. » Cette déclaration est d'un grand poids dans la bouche d'un homme qui ne peut être taxé de timidité, ni d'incompétence, ni de froideur à l'égard des résections.

Ollier passe alors à l'appréciation des indications propres à chaque classe de résection; nous relèverons à propos des résections pathologiques un chaud plaidoyer en faveur de l'opération dans les tumeurs blanches ou mieux chez les tuberculeux. Ces idées ont déjà été exposées (voy. *R. S. M.*, XXIII, 710 et XXVI, 716).

Ces propositions sont longuement développées et appuyées sur des chiffres ; il en est de même des considérations relatives aux indications des diverses variétés de résections traumatiques, orthopédiques et autres.

Enfin, dans un chapitre consacré aux suites éloignées et aux résultats généraux des résections, l'auteur insiste sur les difficultés d'interprétation des statistiques et sur le caractère précaire des preuves basées sur cet ordre de considération. Néanmoins, et malgré toutes les réserves auxquelles peuvent donner lieu de pareils calculs, il ressort des chiffres donnés par Ollier que l'immense majorité de ses réséqués est arrivée à un résultat fonctionnel assez parfait. L'étude des résections en particulier doit seule permettre, ainsi qu'Ollier le fait observer, de compléter cette démonstration et de donner la mesure exacte des résultats que peut fournir la méthode sous-périostée ; l'auteur demande aux lecteurs de lui faire pour cela crédit jusqu'à la publication de son deuxième volume. Ce que nous connaissons du premier nous fait vivement désirer que ce crédit soit limité au plus court espace de temps possible.

PAUL BERGER.

II. — L'auteur étudie d'abord l'anatomie pathologique de la tuberculose osseuse qui se présente sous diverses formes : la tuberculose granuleuse, avec nécroses ayant très souvent la forme d'un coin dont la base est tournée vers l'article et le sommet vers la moelle; la forme sèche dont les fongosités n'ont aucune tendance à la suppuration ou à la dégénérescence caséeuse et se prêtent peu à la propagation locale de la tuberculose ; la tuberculose infiltrante des os (la plus rare).

Lorsqu'il y a hydropisie tuberculeuse, la synoviale est ordinairement épaissie. Dans la synovite tubéreuse, caractérisée par des tumeurs atteignant le volume d'un œuf de pigeon plus ou moins aplati, fibrome tuberculeux émanant du tissu fibreux de la synoviale constitué par du tissu conjonctif jeune en partie caséifié avec des débris de tubercules, — et dans la synovite fongueuse, l'épanchement est plus rare. Il est fibrineux, avec grains riziformes (dont la seule présence doit faire soupçonner la tuberculose), et se reproduit rapidement; traitée localement par deux incisions latérales, et excision ou grattage de la synoviale malade, l'hydarthrose tuberculeuse offre d'assez grandes chances de guérison. — Suit l'étude de l'arthrite fongueuse, tumeur blanche, de la pyarthrose tuberculeuse. Le traitement est local : repos absolu, immo-

bilisation, compression, et, s'il y a de la contracture, extension au moyen de poids; le massage est à rejeter. Mais, si dans un os, au voisinage ou à l'intérieur de l'article, il y a un foyer volumineux, s'il y a pyarthrose, il faut opérer ; en règle générale, épargner les parties dont l'extirpation n'est pas commandée par la nécessité d'enlever tous les tissus malades. La résection est indiquée même chez les enfants s'il y a suppuration et fièvre; chez les adultes, si la maladie dure depuis plusieurs années, dans les grands abcès froids des articulations, dans les tumeurs blanches à dégénérescence caséeuse, dans le cas de position vicieuse après guérison.

L'auteur passe ensuite en revue chacune des grandes articulations ; signalons comme plus particulièrement étudiés : les abcès coxalgiques avec leurs diverses migrations, la luxation pathologique de la hanche « par oblitération par masses fongueuses considérables de la cavité cotyloïde devenue trop petite », les indications et le mode opératoire de la résection de la hanche et du genou, les lésions à l'épaule de la *caries sicca* et de la *caries carnosa*. MAUBRAC.

III. — Fillette de 4 ans et 6 mois. Résection de la hanche. Le séquestre du col fémoral en partie caséeux, a le volume d'une noix; il s'étend en dedans jusqu'au cartilage diaphysaire, en bas jusqu'au petit trochanter. La tête du fémur est remplacée par un champignon de granulations provenant du cartilage de la diaphyse, granulations miliaires dans le champignon et dans la membrane qui limite la cavité du séquestre. La cavité cotyloïde, revêtue de cartilage, n'offre de carie qu'au niveau de son quart inféro-antérieur. Rugosités à la face interne de l'iléon d'où part un abcès par congestion qui descend jusqu'à l'épine iliaque antéro-inférieure et fait saillie sur le ligament de Poupart. Cet abcès qui renferme très peu de pus, contient en revanche un séquestre de la grosseur d'une pomme, caséeux, formé de tissu conjonctif (périoste?) et placé immédiatement au-dessous de la peau de la cuisse.

Le 11 juin, la plaie opératoire était réunie par première intention, sauf au niveau du drain. L'enfant a commencé à marcher au bout de trois semaines. Deux semaines plus tard, la cicatrice opératoire était ferme et profondément déprimée. Mais la fistule pelvienne persiste et les deux sommets des poumons sont tuberculeux.

L'opération et tout le traitement consécutif ont eu lieu aux consultations externes, l'enfant étant transportée dans un appareil à extension élastique.

IV. — Pour obtenir, après les résections de la hanche et du genou, des ankyloses rigides, Neuber a eu recours, à la clinique de Kiel, au procédé suivant :

Pour la résection coxo-fémorale, incision transversale, semi-lunaire, des parties molles, à un ou deux travers de doigt au-dessous de l'épine iliaque antéro-inférieure. L'extrémité du grand trochanter est sciée et rabattue en haut avec les parties molles. Après résection de la tête et grattage de la cavité cotyloïde, le lambeau est rabattu en bas et l'extrémité du grand trochanter clouée au corps du fémur. La plaie est refermée; par-dessus le pansement antiseptique, on applique un appareil plâtré qui presse le corps du fémur, qui est en abduction, contre la cavité cotyloïde. Au bout de 6 semaines, on retire l'apppareil plâtré.

Pour la résection du genou, on met à nu l'articulation par une incision transversale et, après la résection des os, on cloue la rotule au fémur et au tibia.

Le travail de Neuber a soulevé une vive discussion au sein du 13e con-

grès de la Société allemande de chirurgie. Tous ceux qui y prennent part sont d'accord pour rejeter le nouveau procédé, surtout quant à la hanche. En effet, c'est une erreur que de rechercher l'ankylose de cette articulation, car elle mettrait les opérés dans l'impossibilité de s'asseoir.

Schede lui reproche en outre d'enlever le rebord postérieur de la cavité cotyloïde pour faciliter l'ablation de la tête fémorale, ce qui a pour résultat de diminuer les points d'appui du fémur.

Volkmann regarde la conservation de la mobilité comme si utile après les résections coxo-fémorales qu'il a renoncé à la résection cunéiforme du grand trochanter après l'avoir proposée. Chez les enfants, on est aussi trop enclin à réséquer le genou, ce qui amène soit des troubles d'accroissement, si la résection est considérable, soit des difformités du membre, si la résection est moins importante. Volkmann estime que, chez les enfants, la résection du genou ne doit être pratiquée que comme indication vitale et doit être remplacée dans toute autre circonstance par l'arthrotomie, l'extirpation de la capsule ou la résection partielle non méthodique.

Kœnig croit que le clouement de la rotule est incapable de s'opposer à la contracture articulaire qui résulte plus tard de la croissance du segment antérieur de l'épiphyse. Avec Volkmann il établit en principe que c'est une faute que d'entreprendre une résection du genou avant l'âge de 14 ans.

V. — Jeune fille ayant une double luxation congénitale de la hanche. Depuis la puberté, malgré l'extension et les appareils prothétiques, la situation de la malade est devenue intolérable. Aussi Heusner s'est-il décidé à lui réséquer l'articulation coxo-fémorale gauche qui était la plus gravement atteinte. Le ligament rond manquait, la tête et le col étaient atrophiés, en outre, la tête fémorale, au lieu d'être ronde, était ovale, aplatie à sa face interne et recouverte d'inégalités, le col au lieu de former un angle droit avec la diaphyse était presque sur le même plan. La cavité cotyloïde était très développée, mais son bord postéro-supérieur était un peu usé. Heusner enleva la tête et le trochanter en façonnant la cavité cotyloïde à coup de ciseau. Le résultat a été satisfaisant. J. B.

VI. — Après avoir exposé et critiqué les procédés opératoires de Moreau-, Langenbeck, Heyfelder et Sédillot, Busch, Kœnig, Vogt, l'auteur donne la description du procédé qu'il a imaginé, mais qu'il n'a pas encore eu l'occasion d'appliquer sur le vivant.

Le malade étant couché sur le ventre et l'anémie locale ayant été établie, on place la jambe sur un plan résistant, le pied dépassant le bord de la table. Incision cutanée dirigée du milieu d'une malléole au point correspondant de la malléole opposée ; section du tendon d'Achille, après avoir passé une anse de fil dans le bout supérieur; section de l'aponévrose sur la sonde cannelée. Division des vaisseaux péroniers; incision perpendiculaire à la première, en dedans du tendon d'Achille de 6 à 7 centimètres d'étendue, commençant à 4 ou 5 centimètres au-dessus de la précédente et s'étendant jusque près de la tubérosité du calcanéum ; enlèvement avec la curette ou les ciseaux des tissus graisseux ou fongueux, situés entre le tendon d'Achille et les os ; détachement du fléchisseur propre du gros orteil qui est refoulé en dedans. On peut alors attaquer les os de l'articulation, et enlever les parties malades. Pour la réunion, si la perte de substance n'est pas trop grande,

surtout si les malléoles sont intactes, on laisse subsister une cavité qui se comblera ensuite et donnera un pied à peu près normal. Dans le cas contraire, on applique les surfaces sectionnées l'une contre l'autre. Dans les deux cas, on suture le tendon d'Achille et les bords de l'incision.

F. H.

VII. — L'auteur donne des résultats de onze résections tibio-tarsiennes d'après la méthode de Kœnig, pratiquées chez des sujets d'un an à 26 ans. Les résultats ont été favorables. Plusieurs opérés ont guéri rapidement et tous ont pu marcher facilement ; dans un cas, il y eut mort par méningite tuberculeuse au bout de six semaines. Un des avantages du procédé de Kœnig, c'est qu'il permet d'intervenir rapidement sans attendre les résultats si incertains de l'immobilisation prolongée. Dans trois cas, il n'y a pas eu de raccourcissement du membre. L. GALLIARD.

VIII. — L'auteur a fait un relevé des différents cas qui ont été publiés, et, après avoir examiné minutieusement et contrôlé les statistiques qu'ont données de Langenhagen, de Giers, et d'Ashurst, il est parvenu à réunir 45 faits d'extirpation totale de l'omoplate. Montrant tout d'abord que la mortalité, par le fait de l'opération elle-même, est très peu élevée, puisqu'il n'en a trouvé que quatre exemples, il passe en revue quelques-unes des complications et formule les conclusions suivantes :

L'extirpation totale de l'omoplate avec conservation du membre supérieur, bien loin de présenter les dangers considérables supposés par les auteurs classiques, n'offre dans son ensemble qu'une mortalité opératoire de 10 0/0 et peut de ce fait être rangée parmi les opérations bénignes de la chirurgie.

L'hémorragie opératoire n'a jamais menacé la vie de l'opéré, alors même qu'on avait prolongé toute compression préventive.

Les résultats fonctionnels, au point de vue du bras conservé, sont excellents, puisque l'usage de ce membre a été très bon ou bon dans plus de 67 0/0 des faits.

Appliquée au traitement des tumeurs de l'omoplate, l'extirpation totale a fourni plus de 25 0/0 de guérisons durables. OZENNE.

Zur Frage der Operation bei Kniegelenkstuberculose der Kinder (De l'intervention opératoire dans les affections tuberculeuses du genou chez les enfants), par W. MULLER (*Centralbl. f. Chirurgie*, n° 50, *p.* 873, 1885).

L'opération que Volkmann a décrite sous le nom d'arthrectomie doit compter sur un accueil de plus en plus favorable de la part des chirurgiens. Elle est devenue l'opération de choix à Göttingen, depuis 1881, et, bien qu'elle soit de date relativement récente, quelques cas suivis depuis trois ou quatre ans permettent de juger de sa valeur.

L'opération de Volkmann, a été modifiée à la clinique de Göttingen. On n'emploie qu'exceptionnellement l'incision transversale avec section de la rotule. On pratique soit une seule incision interne longitudinale, soit deux incisions latérales. La bande d'Esmarch est toujours employée.

Sur les vingt-trois malades, un a succombé à l'intoxication par l'iodoforme ; un autre est mort par le chloloroforme : deux ont succombé à d'autres manifestations tuberculeuses.

Les dix-neuf survivants sont dans un état très satisfaisant au point de vue local. La marche est très peu gênée.

Chez dix malades, la guérison a été complète dans un laps de temps qui a varié de trois à six semaines. Cinq ont dû subir le grattage des fistules qui étaient restées. Quatre ont été abandonnés avec des genoux fistuleux.

Les cas où l'affection était limitée à la synoviale (huit) ont, tous sauf un, guéri par première intention. Lorsqu'il y a des lésions osseuses, la guérison est toujours plus lente.

Toutes ces opérations ont porté sur des malades âgés de moins de 14 ans.

Il faudrait attendre l'achèvement de la croissance pour juger des résultats fonctionnels; toutefois, il est probable que, dans les cas où la guérison est rapide, le résultat fonctionnel doit être satisfaisant. Dans aucun cas, il n'y a eu de raccourcissement.

Dans six cas seulement sur les dix-neuf, il y a eu ankylose solide. Dans les autres, l'articulation avait gardé une mobilité passive, et faisait ressort surtout dans les cas où la guérison a été rapide. Dans deux cas, le genou a conservé une extension et une flexion limitée mais active. Il est vrai que dans l'un des deux cas la flexion par contracture reparaît dès qu'on retire l'appareil. Toutefois la question de savoir si l'on doit renoncer dans tous les cas à obtenir une articulation mobile n'est pas encore tranchée, et à cet égard les incisions latérales qui ménagent l'appareil extenseur doivent être conservées.

En tous cas, au point de vue de la guérison locale, au point de vue de la croissance ultérieure, aussi bien que du résultat fonctionnel, l'opération en question répond à tout ce qu'on peut exiger aujourd'hui du traitement opératoire de la tuberculose. DELBET.

I. — Note sur un cas de luxation congénitale du genou en avant, par E. BLANC (*Gaz. méd. de Paris*, n° 28, 12 *juillet* 1884).

II. — Angeborne Luxation des linken Kniegelenkes (Luxation congénitale du genou gauche), par WEINLECHNER (*Soc. des méd. de Vienne*, 14 *mars* 1884).

III. — Ueber die Endresultate Ogstonscher-Operationen (Résultats de l'opération d'Ogston), par H. PARTSCH (*Berliner klinische Wochens.*, 16 *juin* 1884).

IV. — Opération ostéoplastique sur le pied d'après le procédé de Wladimiroff, par SKLIFOSSOWSKY (*Rev. de chir., décembre* 1884).

V. — Treatment of club foot (Traitement du pied bot), par BRADFORT (*Journal of American med. Association, p.* 230, 28 *février* 1885).

VI. — De l'ostéotomie linéaire du radius, pour remédier aux difformités du poignet, soit spontanées, soit traumatiques, par S. DUPLAY (*Arch. gén. de méd., avril* 1885).

I. — Olympe S..., déjà mère d'une fille bien constituée, sans antécédents pathologiques personnels, entre à l'hôpital, au terme d'une deuxième grossesse, durant laquelle elle a remarqué les deux faits suivants : au troisième mois, après avoir essayé de soulever un lourd fardeau, elle éprouva dans le flanc droit des souffrances assez vives, un point douloureux qui, d'ailleurs, ne dura qu'un jour. Trois semaines avant l'accouchement, elle a ressenti, en se couchant, de vives douleurs abdominales, en rapport avec des mouvements désordonnés du fœtus. Le lendemain, son ventre était tombé, et, pendant quinze jours, le fœtus s'est livré à une série de mouvements d'une brusquerie

et d'une intensité extrêmes, cessant par intervalles. Les huit derniers jours, pas de mouvements désordonnés. Accouchement normal et facile. Le membre inférieur gauche de l'enfant présente la déformation suivante :

La jambe est fléchie sur la cuisse en sens contraire de la flexion naturelle. La face antérieure de la jambe correspond à la face antérieure de la cuisse, mais ne la touche point; les deux segments du membre forment ainsi un angle ouvert en avant et en haut. Le creux du jarret est complètement effacé; on y constate, au contraire, une saillie notable. Dans la région rotulienne se voient deux plis transversaux de flexion, situés à un centimètre l'un de l'autre, le supérieur plus profondément creusé.

L'aspect extérieur est celui d'un genou retourné.

La rotule, de forme normale et très mobile, est située au sommet de l'angle rentrant.

La saillie postérieure est formée par les condyles du fémur; mais ils ne sont pas complètement abandonnés du plateau tibial; on ne peut, en effet, les isoler tout à fait; et, en déprimant au-dessous d'eux les parties molles, on arrive sur la surface articulaire du tibia, qui a basculé et regarde en bas et en arrière.

L'étrange déformation qui en résulte est encore exagérée par les mouvements incessants de l'enfant, qui font subir au membre recourbé en arc une série d'oscillations verticales, ramenant chaque fois le pied contre la paroi abdominale, et même jusque sur le thorax, car à cette flexion du genou en avant se joint la flexion de la cuisse sur le bassin; double mouvement accompli par un même muscle : le triceps.

Ce dernier est assez fortement rétracté; il forme comme une corde tendue et oppose une certaine résistance aux efforts de réduction; du reste, à peine la jambe est elle restituée en ses rapports normaux, qu'elle reprend aussitôt, si on l'abandonne à elle-même, sa position vicieuse.

On ne trouve nulle part de contusions, ni de violences quelconques. Douleur très peu vive au toucher.

Pas d'atrophie du membre. Le pied, légèrement dévié en dehors, revient à son attitude normale, une fois la réduction du genou opérée. Pas d'autres déformations.

L'auteur fait suivre cette observation de quelques réflexions touchant à la pathogénie de cette variété de luxation congénitale. Après avoir rappelé que la littérature chirurgicale n'en possède guère qu'une dizaine de cas, dus à Châtelain, Bard, Kluberg, Gueniot et Weinlechner, il estime que, dans le cas actuel, aucun traumatisme, de quelque nature qu'il soit, ne peut être invoqué comme cause déterminante ni même occasionnelle. Les mouvements désordonnés du fœtus un mois avant l'accouchement font songer à des convulsions intra-utérines. Aussi se rallie-t-il à la théorie formulée par Béclard, Jœrg et Rudolphi sur le rôle prépondérant que jouent les affections convulsives du fœtus, amenant à leur suite les contractures et les paralysies musculaires dans les difformités articulaires congénitales. OZENNE.

II. — L'auteur observe un enfant de 10 semaines, atteint de luxation congénitale du genou en avant. Le membre est dans l'extension, et le mouvement d'extension peut être exagéré à ce point que la face antérieure de la jambe vienne toucher celle de la cuisse (*genu recurvatum*). L'extrémité du tibia fait saillie en avant, la rotule très petite est difficile à trouver; les condyles du fémur font une saillie très manifeste en arrière. Les mouvements de latéralité existent grâce à la laxité des ligaments articulaires. Le muscle triceps fémoral est fortement contracté, ce qui empêche la flexion du genou.

L'auteur insiste sur la nécessité de traiter immédiatement les luxations

congénitales; il a obtenu un succès complet chez un autre garçon qu'on lui a présenté le lendemain de la naissance. L. GALLIARD.

III. — A la clinique de Breslau, on a pratiqué chez 23 malades affectés de genu valgum 34 opérations d'Ogston sans avoir aucun cas de suppuration articulaire : 2 opérés eurent de la paralysie vésicale et 2 autres une paralysie des péroniers, qui disparut bientôt.

A part un seul malade auquel il reste un léger degré de genu valgum, le résultat fonctionnel a été complètement satisfaisant. Un jeune homme a pu immédiatement faire son service militaire. Les 4 opérés présentés par Partsch sont à l'encontre de l'objection de Thiersch qui reprochait à l'opération d'Ogston de produire des troubles de croissance. Quant à l'apparition ultérieure d'une arthrite déformante, on ne peut rien en dire maintenant, parce qu'il ne s'est pas écoulé suffisamment de temps depuis l'opération.

Dans la discussion du XIIIe Congrès de la Société allemande de chirurgie, *Volkmann*, tout en se déclarant satisfait du résultat fonctionnel obtenu par l'opération d'Ogston chez les 4 malades présentés, ajoute qu'il ne croit cependant pas que cette opération soit plus avantageuse que les autres, que l'ostéotomie notamment, qui sont beaucoup moins dangereuses parce qu'on ne scie pas le condyle à l'intérieur de la jointure. Et, lors même que sur 100 cas on n'en aurait qu'un de malheureux, il suffirait à condamner la méthode d'Ogston. Une opération de ce genre est une acrobatie chirurgicale, dans laquelle ce n'est pas le médecin, mais bien le malade qui peut se casser le cou. En effet, personne ne peut répondre de n'avoir jamais une arthrite suppurée du genou. Il est en outre d'autres objections à faire à l'opération d'Ogston : d'abord, la mortalité considérable (connue et surtout inconnue) dont elle a été cause ; en second lieu, la possibilité que le condyle ne se ressoude pas ; en troisième lieu, la section de l'os faite complètement au hasard, sans y rien voir ; enfin, le développement ultérieur d'une arthrite déformante.

L'ostéotomie cunéiforme, même suivie de suppuration, est moins dangereuse. Quant au cas de la clinique de Halle mentionné par Partsch où il y eut gangrène après une ostéotomie, il s'explique par le traitement défectueux : immédiatement après l'opération, on avait pratiqué un redressement violent et appliqué un appareil plâtré.

Lange (de New-York) a vu une jeune fille chez laquelle l'opération d'Ogston avait produit d'abord un redressement complet, mais plus tard il se développa un genu varum avec articulation branlante. Le condyle interne, plus petit qu'à l'état normal, était un pouce au-dessus de l'interligne articulaire et le rotule était brisée.

Mikulicz a pu avec *Schede* constater dans 2 cas d'ankylose du genou qu'Ogston lui-même avait renoncé à son opération. J. B.

IV. — Après avoir énuméré les différentes lésions du pied pour lesquelles on est amené à pratiquer une opération, l'auteur décrit le manuel opératoire du procédé de Wladimiroff ; il rapporte un exemple de son application, en préconisant les avantages qu'il présente. Cette opération consiste à appliquer sur la surface de section de l'extrémité inférieure des os de la jambe la partie antérieure du pied ; il en résulte que la face dorsale du pied se continue en ligne droite avec la face antérieure de la jambe, et qu'après la guérison, le malade marche en appuyant

sur les têtes des métatarsiens, les orteils étant dans l'extension forcée.

Cette opération, qui, en résumé, crée une variété de pied équin, ne sera justement appréciée que par de nouveaux faits. OZENNE.

V. — Les méthodes opératoires peuvent se grouper ainsi : 1° ablation du cuboïde seul ; 2° de l'astragale seul ; 3° de l'astragale, du cuboïde et du scaphoïde ; 4° section du col de l'astragale ; 5° ablation de l'astragale et de la malléole interne ; 6° ostéotomie de l'extrémité inférieure du tibia et du péroné ; 7° résection cunéiforme du tarse.

Ried, Rupprecht donnent la préférence à l'ablation de l'astragale. Chauvel a déjà montré que cette opération ne donne pas des résultats irréprochables. La résection cunéiforme est l'opération courante et elle est bonne. Cependant l'auteur, estimant qu'on a trop considéré les altérations des surfaces articulaires de l'astragale et pas suffisamment les lésions des tissus fibreux et des ligaments, a traité avec succès des pieds bots en pratiquant la ténotomie et emprisonnant dans un bandage roulé plâtré le pied fixé en bonne position et dont les ligaments sont distendus à l'aide d'un appareil spécial (de Th. Morton, de Philadelphie). Le plus âgé des malades avait 16 ans : l'auteur ne sait si au-dessus de cet âge le procédé serait applicable.

Suit la relation de 8 malades ainsi traités avec succès, et la table des opérations pratiquées sur le tarse chez 68 sujets. M.

VI. — Ainsi que l'indique le sous-titre de ce travail, S. Duplay a opéré successivement par le procédé qu'il préconise une malade atteinte d'une courbure rachitique du radius, et deux malades présentant des cals vicieux de l'extrémité inférieure de cet os. Dans les trois cas, l'opération a été suivie de succès. En raison des gouttières ostéo-fibreuses multiples de la face dorsale, l'auteur recommande d'aborder l'os par sa face palmaire et voici comment on procédera : la main étant placée dans la supination, le poignet reposant par sa face dorsale sur un sac rempli de sable mouillé, une incision verticale, commençant à un ou deux travers de doigt au-dessus de l'interligne radio-carpien, est faite à la face antérieure de l'avant-bras, en dehors du tendon du grand palmaire, exactement comme pour la ligature de la radiale au poignet. Cette incision devra mesurer à peine 2 centimètres. La peau coupée, on recherche les vaisseaux qu'un aide maintient écartés en dedans avec un crochet mousse. L'incision est continuée en profondeur jusqu'à ce qu'on arrive sur le radius, recouvert du carré pronateur. Ceci fait, l'ostéotome de Mac Even est introduit suivant la direction de l'incision ; puis, lorsque le tranchant de l'instrument rencontre la face antérieure du radius, on lui fait exécuter un quart de rotation, de manière à le placer perpendiculairement à l'axe de l'os, parallèlement aux fibres du carré pronateur. On procède alors à la section, mais il importe de ne pas la terminer avec l'ostéotome et de provoquer la rupture des dernières lames osseuses de la face dorsale, cela afin de ne pas blesser, par une échappée involontaire, l'un des tendons extenseurs. On respecte ainsi les gaines, et, grâce à la direction des fibres du carré pronateur, la plaie osseuse tend à devenir sous-cutanée. Les précautions antiseptiques et l'emploi de la bande d'Esmarch sont les adjuvants nécessaires de cette opération. P. M.

I. — Ueber Vermehrung des Indicans bei Fracturen (Indican dans l'urine dans les cas de fractures), par GROSSIC (*Soc. des méd. de Vienne*, 8 *mai* 1885).

II. — Des fractures du cubitus par cause indirecte et de la fracture du radius par torsion, par F. BROSSARD (*Thèse de Lyon* 1884).

III. — Des fractures de côtes indépendantes du traumatisme, par DESNOS (*Soc. méd. des hôpitaux*, 21 *octobre* 1885).

I. — L'auteur, étudiant la température à la suite des fractures sans plaie chez 40 blessés, a constaté dans la moitié des cas 38° environ, dans l'autre moitié 39° et au delà. En même temps il a analysé l'urine des sujets et trouvé la réaction de l'indican. Ses observations se rapportent d'abord aux fractures, puis aux opérations pratiquées sur les os, enfin à toutes les affections du squelette. Voici les résultats :

Chez les jeunes sujets, on trouve le second jour après la fracture une augmentation de l'indican dans l'urine, d'autant plus que l'os fracturé est plus considérable ; chez les sujets plus âgés, cette augmentation n'existe qu'au cinquième, quelquefois au huitième jour. Ce phénomène ne dépend pas directement de la quantité de sang extravasé, ou plutôt il paraît se produire seulement après la résorption.

Dans les opérations faites sur le squelette : amputations, résections etc., le phénomène n'est pas constant : il survient le deuxième ou le troisième jour après l'opération, et chez les sujets affaiblis, tuberculeux, on ne l'observe pas avant le huitième ou le dixième jour.

Les affections osseuses, surtout l'ostéomyélite, s'accompagnent d'une forte augmentation de l'indican, qui diminue après l'élimination des séquestres. Elle est douteuse dans les tuberculoses osseuses.

Voici la conclusion de ces données très précises : quand on ne constate pas dans l'urine d'augmentation de l'indican, c'est qu'il ne s'agit ni d'une fracture ni d'une lésion osseuse. L. GALLIARD.

II. — La fracture du cubitus par cause indirecte est une lésion traumatique de l'enfance et de l'adolescence, qui s'explique par la constitution des os à cet âge et le rapport de résistance entre l'os et les ligaments. Elle résulte : 1° du choc vertical, quand, dans l'adduction générale du membre, l'inclinaison cubitale de la main fait du cubitus l'agent de transmission au corps des pressions qu'il reçoit ; 2° de la torsion, lorsque, par une supination exagérée, les faces postérieures des deux os de l'avant-bras se rencontrant, leur contact tend à fléchir le cubitus d'avant en arrière.

Le siège et la forme de ces fractures varient suivant le mécanisme et aussi suivant l'âge du sujet ; mais leur trait commun est d'être incomplètes et sous-périostées, ce qui les fait souvent confondre avec des contusions.

La torsion dans la pronation détermine sur le radius une fracture à forme de fêlure hélicoïdale ; il s'y ajoute souvent une fracture transversale incomplète ou même un décollement de l'épiphyse inférieure.

A. C.

III. — Le premier malade, âgé de 30 ans, atteint d'emphysème pulmonaire depuis plusieurs années, avait contracté une bronchite aiguë avec crises paroxystiques de dyspnée. Il se présenta à l'hôpital pour une douleur extrêmement vive au côté gauche, et disait s'être cassé une côte en toussant ; de fait

une pression modérée exercée sur la neuvième côte en avant de l'angle permettait de sentir la crépitation osseuse; en ce point d'ailleurs il y avait de nombreux râles fins de bronchite.

Le deuxième malade, 66 ans, atteint de bronchite depuis longtemps, fut également pendant une aggravation de sa bronchite, et au moment d'une forte quinte de toux, pris d'une forte douleur à gauche; sur la huitième côte à l'union du tiers postérieur et des deux tiers antérieurs on percevait la crépitation caractéristique.

Selon Desnos on ne compterait qu'une trentaine de cas de fracture de côtes par action musculaire, la plupart produites par des quintes de toux : sur 17 cas, on en trouve 7 chez l'homme et 10 chez la femme, dont 4 chez des femmes enceintes ; il a accepté comme causes prédisposantes l'influence de l'âge, et une modification du tissu des arcs costaux dans l'emphysème signalée par Freund.

Les fractures ont lieu le plus souvent à gauche, et peuvent avoir lieu en tout point de l'arc; presque toujours, ce sont les côtes inférieures qui sont atteintes, surtout les onzième, dixième et neuvième. En général, il n'y a qu'une côte cassée. La fracture est produite, au moment où la cage est très dilatée par l'action des muscles inspirateurs, et où survient inopinément un violent effort amenant la contraction des muscles expirateurs. Les côtes, violemment abaissées et portées en arrière, éclatent.

H. L.

I. — Ein Fall von Resektion der Wirbelsäule (Résection vertébrale), par MAYDL (*Wien. med. Presse, n° 42*, 1884).

II. — Ein Fall von Bruch des Zahnfortsatzes des Epistropheus (Fracture de l'apophyse odontoïde), par KUESTER (*Berliner klinische Wochenschrift*, 19 *mai* 1884).

III. — Ueber Halswirbelluxation (Luxation des vertèbres cervicales), par WAGNER, SCHEDE, CZERNY, VOLKMANN (*Ibidem*, 12 *et* 19 *mai* 1884).

IV. — Étiologie des déviations de croissance de la colonne vertébrale, par A. POLLOSSON (*Lyon méd.*, 19 *juillet* 1885).

V. — Ueber Gypspanzerbehandlung (Sur le traitement par le corset plâtré), par PETERSEN (*Archiv für klinische Chirurgie*, *Band XXXII*, *Heft* 1, *p*. 182).

VI. — Radical cure of a large spina bifida in an adult, par Walter WHITEHEAD (*Med. chir. Trans., LXVII, p.* 127).

I. — Si la résection des arcs vertébraux paraît justifiée dans les cas de fractures ou de luxations récentes, cette opération doit être inutile et même dangereuse chez un sujet dont la moelle, brusquement comprimée, semble dégénérée depuis plusieurs mois. Aussi ne lira-t-on pas sans étonnement la tentative de Maydl :

Son opéré avait une fracture vertébrale datant de 15 mois, il était affecté depuis 15 mois de paraplégie complète, d'anesthésie des membres inférieurs, avec exagération des réflexes, de paralysie rectale et vésicale; il portait au sacrum et aux trochanters des plaies résultant d'un décubitus en partie guéri; il avait eu de plus récemment une cystite aiguë.

Malgré ces symptômes si graves, le chirurgien réséqua, à l'aide du ciseau et du maillet, d'abord l'arc de la 10e vertèbre dorsale, dont l'apophyse était proéminente, puis ceux de la 11e et de la 9e. C'est au niveau de cette dernière

qu'existait la lésion médullaire, résultat de la fracture des corps vertébraux et de la luxation des apophyses articulaires; sur une longueur de 2 centimètres, la dure-mère adhérait à la moelle, qui paraissait réduite aux dimensions d'un tronc nerveux, du médian, par exemple.

L'opération fut traversée par deux incidents : d'abord une abondante hémorragie veineuse, puis un écoulement très copieux de liquide cérébro-rachidien dû à une déchirure des méninges.

Du reste la plaie guérit assez vite. Peu après l'opération faite le 29 décembre 1882, l'auteur ne constata chez son malade que l'exagération des réflexes et de vives douleurs qui nécessitèrent des injections de morphine. Tel fut l'unique résultat de l'intervention chirurgicale. Le malade put partir le 30 avril 1883.

A la fin de septembre 1884, il écrivait à l'auteur que son état restait stationnaire. L. GALLIARD.

II. — Domestique âgée de 18 ans; en janvier 1883, sa maîtresse, l'ayant saisie par les cheveux, la projette à diverses reprises contre une paroi. Cependant cette jeune fille descend encore dans la rue, mais le soir elle se plaint de douleurs au cou. Le lendemain matin, en se levant, elle tombe contre une commode et elle reste étendue sans connaissance, en proie à des convulsions tétaniques. Dans cet état, on la transporte chez ses parents, sur une charrette. Les premiers médecins qui la virent constatent une paralysie des membres, une impossibilité de parler et de tenir sa tête droite, enfin des convulsions.

L'état de la malade ne subit aucune modification depuis le mois de mars jusqu'à son admission dans le service de Kuester en septembre suivant. Décubitus immobile en pleine connaissance, parole bégayante. Pouls battant toujours 120 fois par minute. Respiration fréquente et pectorale; visage un peu bleuâtre ; pupilles inégales, mais réagissant bien. Les jambes et les mains peuvent à peine être soulevées au-dessus du lit. La sensibilité réflexe est excitée au point que le moindre attouchement détermine des convulsions. Aucune modification de la sensibilité générale. Rachis cervical très douloureux àl a pression. Quand on lève la malade, sa tête vacille de côté et d'autre et il survient une dyspnée violente. L'apophyse épineuse de la seconde vertèbre cervicale est saillante en arrière ; dans le pharynx on sent une proéminence immédiatement au-dessous de la base du crâne. Les fonctions des sphincters sont intactes. Kuester, diagnostiquant une myélite partielle par compression, pratique l'extension au moyen d'un poids de 10 livres. Au bout de 5 semaines, l'amélioration était manifeste, seule l'impossibilité de tenir la tête fixe n'avait subi aucune modification. Kuester y remédia par un col de cuir.

Ne croyant pas à une guérison possible, Kuester fut étonné en apprenant 6 mois plus tard que la malade avait pu renoncer à son appareil, parce que sa tête était redevenue ferme. Actuellement il ne subsiste qu'une saillie peu accusée de la deuxième apophyse épineuse.

Le lieu où la moelle se trouvait comprimée se trouvait évidemment à sa partie supérieure, vu la paralysie linguale et l'accélération du pouls.

Le diagnostic peut hésiter entre trois alternatives: 1° une fracture de l'arc antérieur de l'atlas; 2° une rupture du ligament transverse de l'atlas ; 3° une fracture de l'odontoïde. C'est cette dernière lésion que Kuester admet et il pense que la cessation du vacillement de la tête est due non au cal, mais à une néoformation ligamenteuse.

Dans la discussion, *Wagner* déclare avoir vu, étant étudiant à la clinique de Mannkopf, le même tableau symptomatique chez une fille de 18 ans; il était uniquement dû à l'hystérie. J. B.

III. — L'an dernier, Wagner a observé plusieurs cas de luxation des vertèbres cervicales.

Le 1er *cas* concernait un homme de 50 ans tombé à la renverse d'un wagon, sa nuque allant porter sur un tampon. Paralysie motrice totale des deux membres inférieurs et presque complète des membres supérieurs. Sensibilité considérablement diminuée aux membres inférieurs, à peu près normale aux supérieurs. Rétention d'urine. Température 39°,5.

Le cou est notablement fléchi en arrière, les muscles de la nuque sont tendus. Toute la région cervicale postérieure est très douloureuse à la pression; la sensibilité est plus exquise au niveau de l'apophyse épineuse de la 6e vertèbre cervicale. Les apophyses épineuses sont en ligne droite et ni les apophyses obliques, ni les apophyses transverses n'offrent d'anomalie. Un peu de douleur en avalant. On peut imprimer à la tête des mouvements assez étendus en tous sens, mais le blessé la bouge peu et se plaint alors de douleurs mal caractérisées dans toute la hauteur du rachis cervical.

Le lendemain de l'accident, l'anesthésie des membres inférieurs et de la partie inférieure du tronc et la paralysie motrice des membres supérieurs sont devenues complètes. La sensibilité de ces derniers a beaucoup baissé. Température 40°; le soir elle dépasse 41°. Obnubilation de la conscience, respiration haletante; faiblesse et grande fréquence du pouls. Mort à 4 heures du soir sans que le diagnostic eût pu être fait.

L'autopsie révéla une luxation en avant, bilatérale, de la 6e vertèbre cervicale avec déchirure du disque intervertébral placé au-dessous.

Dans ces luxations bilatérales ou luxations par flexion en avant du cou, depuis Blasius on indique généralement, comme attitude classique, une forte flexion de la tête en avant. Mais Wagner est d'avis que l'attitude de la tête dépend essentiellement de la conservation ou de la rupture du ligament longitudinal antérieur, laquelle s'accompagne d'habitude d'une déchirure totale ou incomplète du disque intervertébral. Lorsque, comme chez le malade de Wagner, le ligament longitudinal antérieur est conservé, le sang s'accumule à l'intérieur et au pourtour du disque intervertébral déchiré. Il en résulte que la partie inférieure du corps vertébral luxé et la partie supérieure du corps vertébral sous-jacent sont chassées en avant en forme de coin et que la tête s'incline sur la nuque.

Le 2e *cas* concernait une jeune fille de 18 ans qui avait fait une chute sur le dos d'une hauteur de 18 pieds. Immédiatement après l'accident, paralysie totale du mouvement et de la sensibilité. Défécation et miction involontaires.

Wagner ne vit la blessée qu'une quinzaine de jours plus tard : outre les symptômes ci-dessus elle avait une vaste escarre. La tête était fortement fléchie en arrière; les muscles de la nuque très tendus des deux côtés. Aucune apophyse cervicale ne paraissait déplacée, mais toutes étaient douloureuses à la pression. Les mouvements volontaires de la tête étaient presque nuls. Quant aux mouvements passifs, la rotation et l'abduction bilatérale étaient libres, tandis que la flexion était arrêtée par la tension des muscles de la nuque. La chloroformisation en relâchant ces muscles permit de fléchir légèrement la tête en avant : pendant cette manœuvre on perçut une crépitation au niveau de la 6e vertèbre cervicale. Wagner diagnostiqua une fracture du corps vertébral.

Quatre semaines après la blessure, la malade succombait aux progrès de l'escarre. A l'autopsie on trouva le 6e corps vertébral du cou arraché de son disque intervertébral et une déchirure des deux capsules articulaires des 6e et 7e apophyses articulaires dont les supérieures étaient luxées en arrière. Le corps de la 6e vertèbre cervicale était placé en avant et en haut, au point de laisser un espace cunéiforme entre lui et le corps vertébral situé au-dessous.

Le 3e *cas* est une luxation unilatérale gauche ou luxation par rotation de

la 3e vertèbre cervicale qui a guéri après réduction. La tête offrait l'attitude pathognomonique : inclinaison sur l'épaule droite avec rotation du menton du même côté. L'homme avait reçu une pièce de bois sur l'occiput. A gauche, les muscles de la nuque étaient tendus, à droite ils étaient relâchés.

L'apophyse épineuse de la 4e vertèbre cervicale était déviée à gauche et douloureuse à la pression, ainsi que l'apophyse articulaire correspondante. Le 3e corps vertébral fait une légère saillie dans le pharynx. Dysphagie pour les solides, suppression presque complète des mouvements volontaires de la colonne cervicale tandis que les mouvements imprimés sont très restreints. Un peu de paralysie de la motilité des membres gauches. Pas d'autres troubles de la sensibilité que des fourmillements dans ces membres. Irradiation de la douleur au côté gauche de l'occiput. L'examen pendant le sommeil anesthésique n'apprend rien de nouveau.

La réduction par le procédé de Richet et de Kuester eut lieu sans difficulté. Dès le lendemain, la paralysie du mouvement était disparue; les fourmillements persistèrent plus longtemps.

Le 4e *cas* est également une luxation unilatérale gauche de la 5e vertèbre cervicale causée par la chute d'une poutre sur la nuque. Il y avait une paralysie motrice totale du bras et de la jambe gauches ainsi que des extenseurs dorsaux. Sur les membres droits la paralysie du mouvement n'était pas aussi marquée, mais la sensibilité était beaucoup moindre qu'à gauche. Accroissement du réflexe patellaire des deux côtés. Absence des phénomènes réflexes du pied, du crémaster et de l'abdomen. Parésie du sphincter vésical; pénis en demi-érection. Pas de modification essentielle du pouls, de la température et de la respiration. Aucune gêne de déglutition. Le cou est modérément fléchi vers la droite, l'oreille gauche est aussi un peu tournée à droite et en avant. Les muscles du côté gauche de la nuque sont tendus. La rotation de la tête s'exécute sans douleur et sans gêne notable. La flexion en avant et l'abduction à droite sont possibles, l'abduction à gauche est restreinte. Tous ces derniers mouvements sont douloureux. Seules, les apophyses de la 5e vertèbre cervicale sont sensibles à la pression. Le sommeil chloroformique modifie peu l'état de choses. Wagner n'hésita pas à diagnostiquer une luxation gauche de la 5e vertèbre cervicale et entreprit de la réduire, ce qui nécessita plusieurs tentatives; la réduction s'accompagna d'un claquement. Neuf mois après l'accident il reste seulement au malade un peu de parésie et d'atrophie du bras gauche.

Le 5e *cas*, qui est aussi une luxation de la 5e vertèbre cervicale par rotation du côté gauche est celui d'un garçon de 5 ans, tombé d'une chaise, la tête la première. La mère remarqua aussitôt une attitude insolite de la tête; l'enfant accusait de la douleur pour avaler les aliments solides et des tiraillements dans le bras gauche.

Wagner ne vit le blessé que 15 jours après l'accident. La tête est en forte abduction vers le côté gauche en même temps qu'elle est en rotation vers le côté opposé. Tension des muscles de la nuque du côté gauche. L'enfant peut tourner la tête et la fléchir en avant, mais l'abduction latérale est très limitée. En revanche, quand on imprime des mouvements d'abduction, ils sont étendus mais très douloureux.

L'apophyse épineuse de la 5e vertèbre cervicale est à gauche de celle de la 6e; l'apophyse transverse de la même vertèbre fait une saillie distincte en avant. Dans le pharynx, on sent une proéminence prédominant à droite et correspondant au corps de la 5e vertèbre cervicale.

Wagner admit que l'abduction insolite de la tête à gauche était le résultat d'un accrochement des apophyses articulaires et dirigea en conséquence ses manœuvres de réduction. Il exagéra d'abord la flexion de la tête vers la gauche et sa rotation vers le côté opposé pour dégager l'apophyse accrochée; puis il

attira la tête à lui et pratiqua la rotation vers la gauche. Après plusieurs essais, la réduction s'accompagna d'un bruit caractéristique.

Les luxations en arrière, rares en elles-mêmes, ont d'autant moins d'intérêt pratique qu'elles s'accompagnent toujours d'une fracture qui devient la lésion prédominante.

Les expériences sur le cadavre ont appris à Wagner que la rotation de la tête seule est insuffisante dans les efforts de réduction pour transmettre le mouvement aux parties inférieures de la colonne cervicale; il faut, en même temps que la tête, faire tourner la partie supérieure de la colonne. Pour cela l'opérateur saisit de son bras gauche la tête du patient, qu'il fléchit et appuie contre sa poitrine, tandis que de l'autre main, placée en arrière, il saisit le segment supérieur du rachis et lui imprime le mouvement voulu en même temps qu'à la tête.

Dans la discussion *Schede* mentionne deux cas de luxation cervicale par rotation. L'un, chez un homme décharné, à articulations lâches; dans un mouvement exagéré de l'occiput, en se levant, la 3e vertèbre se trouva luxée à droite, la tête immobilisée dans cette situation oblique et le bras paralysé. L'autre, chez une jeune fille qui était tombée en faisant de la gymnastique. Chez les deux malades la réduction, après anesthésie, fut facile.

Czerny demande à Wagner quels sont les symptômes qui lui servent au diagnostic différentiel de la contusion de la moelle et de sa compression. Czerny n'oserait s'appuyer simplement sur l'absence ou l'existence des réflexes, et pourtant le diagnostic différentiel est extrêmement important puisque la réduction indiquée dans la compression simple est absolument interdite en cas de contusion médulaire.

Wagner répond qu'il s'en tient aux phénomènes réflexes et est partisan d'une intervention active dans les luxations cervicales, ainsi que c'est l'usage en Amérique. Il reconnaît que l'extension peut avoir de mauvais effets, en projetant dans la moelle un fragment osseux (c'est même ce qui lui a fait abandonner le corset de Sayre) ; mais d'un autre côté ces manœuvres ont parfois de bons résultats. Dans un cas de fracture transversale du corps de l'axis avec paralysie totale du mouvement et diminution de la sensibilité pendant l'extension, il a noté la disparition des troubles nerveux, qui reparaissaient dès qu'il cessait les tractions. Malheureusement on ne put les continuer à cause d'une vaste escarre, et le blessé succomba cinq semaines après l'accident, uniquement par la compression de la moelle épinière, ce qui fut constaté par l'autopsie.

Volkmann insiste sur la signification de ce dernier fait, où l'autopsie a montré qu'en l'absence de toute contusion, la compression médullaire suffit pour déterminer une paralysie totale avec la paraplégie typique. Jusqu'ici il avait pour règle de n'employer l'extension et le corset plâtré que dans les paralysies non totales asymétriques.

Winiwarter a observé un cas de contusion par coups de bâton sur la nuque dans lequel il a noté les mêmes phénomènes qui se rencontrent après une hémisection expérimentale de la moelle : le blessé, âgé de 30 ans, présentait une paralysie complète de tout le côté droit avec conservation de la sensibilité; au contraire, du côté gauche, il y avait anesthésie totale et hyperhydrose. La tête était portée un peu en arrière

et immobilisée dans cette situation ; les muscles de la nuque étaient contracturés. Les mouvements de rotation latérale étaient impossibles. Les vertèbres cervicales n'offraient aucune anomalie.

Le quatrième jour il y eut un léger amendement des troubles paralytiques, mais dès lors l'amélioration ne s'est pas poursuivie, et le malade est encore dans l'impossibilité de marcher. *Winiwarter* pense qu'un épanchement sanguin a détruit partiellement la moelle.

Wagner présente des pièces anatomiques provenant de deux cas de fracture du rachis vertical. Dans l'un il y avait déchirure, dans l'autre simplement compression de la moelle ; et cependant les deux malades avaient eu des symptômes tout à fait identiques (*R. S. M.*, I, 905; III, 351 et 353; VIII, 692; X, 229 et 237; XI, 233; XII, 631; XIII, 245; XIV, 647; XXI, 668; XXIV, 643 à 645). J. B.

IV. — Les déviations non symptomatiques du rachis sont dues, d'après l'auteur, à des lésions osseuses, manifestations d'un rachitisme vertébral tardif. Il en trouve la preuve dans les lésions constatées à l'autopsie de fillettes et de garçons de 13 à 15 ans, ayant de l'ensellure lombaire et un peu de cyphose dorsale.

Il existait un épaississement et des irrégularités du cartilage qui revêt les faces supérieure et inférieure des vertèbres; des lésions du tissu spongieux et des masses de cartilage hyalin dans le corps même des vertèbres ; des masses de cartilage crétifié ; enfin, des altérations des disques dont la substance ramollie remplit de petites cavités creusées dans quelques vertèbres. A. C.

V. — L'auteur applique le corset plâtré d'une façon spéciale; il rejette la suspension par la tête. Qu'il s'agisse d'un mal de Pott ou d'une scoliose, le malade est placé de la manière suivante : les membres inférieurs jusqu'aux trochanters reposent sur une première table, la tête sur une autre. Le tronc est suspendu dans une anse formée par un drap triangulaire de 3 mètres de long, dont les extrémités sont fixées aux extrémités d'une barre de bois de 1m,30 environ ; le tout est suspendu à des moufles fixées au plafond, et permettant de monter et de descendre l'anse suivant les besoins. La réduction étant obtenue aussi complète que possible, on protège les parties saillantes avec de l'ouate ; on entoure le tronc d'une couche d'ouate et puis d'une bande plâtrée ; par-dessus l'on applique du papier, une nouvelle bande plâtrée, et enfin de la bouillie de plâtre. Pour terminer, on met une bande de gaze. Pour l'auteur, cet appareil est plus facile à appliquer et donne de meilleurs résultats que l'appareil ordinaire.

Voici les résultats qu'il a obtenus dans 26 cas de mal de Pott traités de cette manière : 18 guérisons complètes, 4 cas en traitement, mais dont le pronostic est favorable, 2 morts par cause étrangère au traitement, 1 cas avec issue inconnue, 1 cas où l'on dût enlever le corset et recourir à un autre traitement. La durée du traitement a été de quelques mois à 3 ans, et l'on a appliqué de 1 à 12 appareils.

Il ne s'est produit aucun abcès par congestion ; dans un cas, un abcès a augmenté; dans un autre, l'abcès a diminué.

Ce procédé a donné également de bons résultats dans le traitement de la scoliose, il permet d'obtenir un redressement plus complet. Il faut, dans ces cas, placer le malade dans une position intermédiaire entre le

décubitus dorsal et le décubitus latéral. Le corset doit rester en place de 6 à 8 semaines, quelquefois plusieurs mois. L'auteur a traité de cette manière 39 scoliotiques; beaucoup d'entre eux se contentèrent d'un résultat médiocre, mais souvent aussi il a pu constater une amélioration notable. EDELMANN.

VI. — Femme de 27 ans, entrée le 11 juillet 1883 à Manchester Infirmary. Elle avait à la naissance un spina bifida du volume d'un œuf, dont l'état resta stationnaire pendant vingt ans. Depuis cette époque, des travaux très pénibles, auxquels elle fut obligée de se livrer, amenèrent une augmentation graduelle de la tumeur et des troubles tels qu'elle dût s'arrêter.

La tumeur, située au niveau du sacrum et descendant jusqu'au coccyx, offre les dimensions suivantes : circonférence, 22 pouces ; diamètre transverse, 12 pouces; diamètre vertical, 10 pouces. La tumeur est ferme, élastique, très transparente.

Le 17 août, ponction avec un fin trocart donnant 12 onces d'un liquide qui a tous les caractères du liquide céphalo-rachidien. Malgré l'occlusion collodionnée, le liquide coule pendant 24 heures, et le jour suivant la tumeur est flasque, petite. On peut reconnaître une ouverture au sacrum, à la partie supérieure, d'environ 1 pouce de large. Il survient à la suite de violents maux de tête, avec nausées, vomissements, douleurs dans les membres. Séton à la nuque, qui arrête ces symptômes.

Le 4 octobre, on retire le séton et on passe au travers de la tumeur un crin de cheval, puis, le 3e jour, deux fils d'argent pour faire le drainage. Pendant les 17 jours que fut laissé ce drain, la malade eut de la céphalalgie, du vertige, des vomissements incessants et de la rétention d'urine. Le 27 octobre, cautérisations ponctuées au fer rouge à la surface de la tumeur. Cessation de tous les symptômes. Trois jours après, ponction aspircatrice; issue de 3 onces de liquide clair. Deuxième ponction, deux jours plus tard, 2 onces 1/2 ; le liquide contient du sang ; le 12e jour, on retire 6 onces de pus épais ; le 30e jour, ouverture de la poche par une large incision, évacuation d'une quantité de pus.

Le 20 décembre, guérison qui ne s'est pas démentie. A. C.

De la tension dans les abcès tuberculeux. Élévation de cette tension dans les abcès symptomatiques de la coxalgie lorsqu'on traite cette affection par la méthode de l'extension continue, par P. LANNELONGUE (*Bull. et mém. de la Soc. de chir.*, *t. XI*, *n°* 12, *p*. 917-921, 1885).

Les expériences de Lannelongue ont été faites avec l'hémodynamomètre de Ludwig, modifié par Carville et Bochefontaine; elles ont porté sur la tension des abcès froids en général, des abcès du membre inférieur soumis à l'extension continue, et de la vapeur d'éther à la suite d'injections d'éther iodoformé.

Pour les abcès en général la tension a varié entre 12 et 22 millimètres de mercure, soit 17 en moyenne ; pour deux abcès thoraciques elle s'est élevée à 3 et 5 centimètres sous l'influence du jeu de la poitrine. Cette tension muqueuse des abcès des membres est sensiblement égale à celle du sang veineux (1 à 2 centimètres de mercure).

Six faits étudiés au point de vue de l'influence de l'extension continue sur la tension des abcès coxalgiques ont donné un seul résultat nul, 3 fois une augmentation de 1 millimètre et deux fois une augmentation de 3 et 4 millimètres.

Enfin dans deux cas la tension de la poche s'élevait dix minutes après une injection d'éther iodoformé à 5 et à 8 centimètres de mercure.

C'est la première fois qu'on démontre expérimentalement l'augmentation de tension des abcès froids par l'extension continue. M. HACHE.

Uber tuberkulöse Erkrankung von Wunden (Infection tuberculeuse des plaies), par KRASKE (*Centralbl. f. Chirurgie*, nº 47, *p.* 809, 1885.)

Lorsqu'on observe une tuberculisation des plaies ou des cicatrices, on pense généralement qu'une ablation incomplète a laissé en place quelque portion tuberculeuse qui a infecté les granulations saines. On s'appuie sur ce fait que personne n'a jamais vu une plaie portant sur des tissus parfaitement sains devenir tuberculeuse, même s'il s'agit d'une amputation faite pour une affection tuberculeuse. Et, jusqu'à présent, il n'y a pas un seul cas certain de tuberculisation d'une plaie opératoire faite pour une affection non tuberculeuse.

L'auteur croit avoir observé cette tuberculisation dans deux cas qu'il relate. Il s'agit d'opérations faites pour des suites d'ostéomyélite infectieuse. Les plaies opératoires devinrent tuberculeuses. Les deux enfants avaient des antécédents de tuberculose, et l'auteur prévoit qu'on pourrait lui objecter combien est difficile le diagnostic entre les affections tuberculeuses des os et certaines ostéomyélites ; toutefois, dans le second cas, les fongosités et séquestres extraits lors de l'opération avaient été examinés histologiquement et déclarés non tuberculeux. Aussi l'auteur n'hésite pas à déclarer qu'il y a eu tuberculisation d'une plaie où il n'y avait rien de tuberculeux, et il pense qu'il y a eu une véritable inoculation venue du dehors. DELBET.

I. — Contribution à l'étude des corps étrangers ostéo-cartilagineux et osseux des articulations, par A. POULET et L. VAILLARD (*Archiv. de physiologie*, 1er *août* 1885).

II. — Corps libres multiples de l'épaule. Arthrotomie, par KÖHLER (*Berliner klinische Wochens.*, 9 *juin* 1884.)

I. —Ce mémoire est suivi des conclusions suivantes :

1° Les corps étrangers osseux ou ostéo-cartilagineux des articulations proviennent des têtes osseuses et appartiennent à l'une des quatre variétés suivantes :

a. Les corps d'origine traumatique;

b. Les corps dérivés des ostéophytes péri-diarthrodiaux;

c. Les corps qui se développent dans l'épaisseur et aux dépens du cartilage diarthrodial;

d. Les corps produits par la séquestration d'un fragment des têtes articulaires.

2° L'arthrite sèche ou déformante réalise les conditions les plus favorables à la production des corps étrangers pathologiques, et ceux-ci doivent être considérés comme une manifestation partielle de cette affection. Mais, à côté de l'arthrite déformante vulgaire, il est une variété qui peut se montrer sur des sujets jeunes, se limiter à une seule articulation et à un point localisé de cette dernière. Enfin, il existe une maladie indéterminée, à marche insidieuse, qui provoque l'élimination de fragments plus ou moins volumineux des têtes osseuses. Dans ce cas, les corps étrangers qui en résultent peuvent être symétriquement placés dans deux jointures homologues.

3° Tout corps étranger osseux peut présenter des modifications ultérieures dans sa forme et sa structure; ces modifications varient suivant qu'il est libre ou pédiculé.

Les corps étrangers osseux pédiculés tendent à la transformation fibreuse. Les corps osseux libres subissent à leur périphérie la régression cartilagineuse des trabécules et de la moelle. Par suite, un corps exclusivement osseux à son origine peut devenir ostéo-cartilagineux. Le cartilage nouveau peut proliférer; de là des changements possibles dans la forme et peut-être le volume.

4° Ces transformations diverses expliquent, pour une large part, la morphologie si variable des arthrophytes dérivés des têtes articulaires.

A. GILBERT.

II. — Ferblantier, âgé de 51 ans, chez lequel Köhler diagnostiqua les corps libres multiples de l'épaule, à la fois intra-articulaires et extra-articulaires.

En excisant la capsule, un premier corps lisse s'échappa. Toute la cavité de la jointure est bondée de corps dont la face cartilagineuse regarde la cavité articulaire, tandis que la face osseuse, inégale, raboteuse, est tournée en dehors. Ces corps sont à moitié hors de l'articulation, quelques-uns seulement sont flottants.

Pour enlever les corps libres, qui occupaient surtout les régions interne et postérieure de l'article, il fallut scier la tête humérale, qui présentait les lésions de l'arthrite déformante à un haut degré. L'extraction des corps extra-capsulaires, placés entre la capsule et l'artère axillaire, fut seule difficile, une fois la résection de la tête de l'humérus faite.

Köhler a ainsi retiré 54 corps articulaires pesant 85 grammes. De configuration très irrégulière, ils rappellent les uns les os du tarse, les autres ceux du carpe. Il crut, un moment, en trouver un 55e, mais il dut reconnaître qu'il s'agissait d'une portion de l'acromion qui n'était plus réunie à l'os que par un mince pédicule osseux.

J. B.

I. —Periostitis following typhoïd fever, par H. KING. (*Brit. med. journ.*, p. 939, *mai* 1885).

II. — Periostitis in typhoïd fever, par O AFFLECK (*Ibidem*).

III. — Contribution à l'étude des complications osseuses de la fièvre typhoïde, par A. HULIN (*Thèse de Paris*, 1885).

I. — W..., âgé de 29 ans, convalescent d'une fièvre typhoïde datant de huit semaines, éprouve de la gêne dans la jambe droite, laquelle est lourde et douloureuse. Aucun traumatisme n'expliquait cette douleur. Tout le membre était œdémateux : à la surface interne du tibia se voyait une plaque rouge enflammée, non fluctuante. Incision jusqu'à l'os, donnant issue à du sang, mais sans pus collecté : guérison complète, mais persistance, pendant près de 15 jours, d'un gonflement local assez pénible.

Des faits analogues ont été publiés par Hayward (3 janv. 85. *Brit. med. j.*) et par Jackson (*Ibid.*, 28 fév.).

II. — L'auteur a observé 3 cas de périostite sur un nombre de 119 fièvres typhoïdes.

Deux de ces cas se produisirent chez des jeunes gens de 20 à 22 ans; l'un d'eux entra pour ce chef, à la 3e semaine de sa fièvre typhoïde, avec une périostite du tibia droit et une recrudescence de sa fièvre qui dura 15 jours de plus, grâce à la complication osseuse.

L'autre qui était entré à l'hôpital au début de sa fièvre continue, présenta des symptômes de périostite non douteuse à l'humérus droit, vers la 3e se-

maine, et presque en même temps des accidents similaires au tibia correspondant. Il s'ensuivit une convalescence longue, et la nécessité d'ouvrir un abcès profond du bras.

Le troisième cas concerne une fillette de 9 ans, atteinte d'une fièvre typhoïde excessivement grave qui l'avait réduite au dernier degré de marasme. Vers la cinquième semaine, elle fut atteinte d'une périostite de l'humérus qui réveilla les accidents fébriles. Cependant il ne se produisit point d'abcès, mais le gonflement douloureux persista pendant près de six semaines.

III. — Trois observations inédites, mais un peu sommaires, de périostites consécutives à la dothiénentérie. Index bibliographique bon à consulter. H. R.

Injections d'éther iodoformé dans les abcès froids, par VERNEUIL (*Revue de chir.*, *mai* 1885).

Depuis plusieurs années, Verneuil traite les abcès froids par des injections d'éther iodoformé et a pu enregistrer un nombre assez considérable de résultats favorables. Après avoir pratiqué l'évacuation du pus, on injecte dans la cavité de l'abcès 50 à 100 grammes d'une solution à 5 0/0; 4 à 5 grammes au plus d'iodoforme peuvent être absorbés ; c'est une dose que l'on ne doit guère dépasser, pour ne pas s'exposer à produire un empoisonnement dont les chances dépendent de plusieurs facteurs, variables suivant les individus.

Assez souvent une seule injection ne suffit pas ; aussi doit-on recommencer une ou plusieurs fois, en espaçant chaque séance autant qu'il est nécessaire. C'est un procédé de thérapeutique, quelquefois lent, mais sans danger et le plus souvent efficace. OZENNE.

Abcès tuberculeux de la région sus-claviculaire; injection d'éther iodoformé. Mort subite. Communication du foyer avec l'artère sous-clavière, par Jules BŒCKEL (*Gaz. méd. de Strasbourg*, 1er *juillet* 1885).

Malade de 68 ans, atteinte d'un abcès froid tuberculeux, situé dans la région sus-claviculaire gauche, au niveau de l'extrémité interne de la clavicule. On fait une ponction, qui donne issue à une cuillerée à bouche d'un pus épais et granuleux, et l'on injecte dans la cavité de l'abcès une petite quantité d'une solution éthérée d'iodoforme à 4 0/0. La poche se distend immédiatement et au même instant la malade pousse un cri perçant, devient pâle, perd connaissance, puis se cyanose presque aussitôt.

La distension de la poche étant considérable et s'étant propagée dans toute la région, une ponction avec aspiration est pratiquée; elle ramène un liquide teinté de sang, et, le trocart enlevé, l'orifice laisse, quelques instants après, écouler du sang rouge pur. Malgré la respiration artificielle et le retour momentané des battements cardiaques, la cyanose augmente et la malade succombe au bout de vingt minutes.

L'autopsie montre que l'abcès communiquait avec un autre foyer caséeux, qui lui-même présentait des rapports intimes avec l'aorte et l'artère sous-clavière, dont une partie des parois, à son origine, était détruite; il existait à l'union de l'artère et de l'aorte une fente de 11 millimètres qui avait permis au sang de venir remplir la poche de l'abcès. OZENNE.

Diagnostic et traitement des tumeurs de l'abdomen et du bassin, par J. PÉAN (*Paris*, 1885).

Ce volume de 1,300 pages, tome III de l'ouvrage, est exclusivement

consacré à l'étude des *tumeurs* du *bassin;* mais ici le mot tumeurs et le mot bassin sont compris dans leur acception la plus large, puisque, à côté des ostéites et de la sacro-coxalgie, nous trouvons les fistules de l'urètre, la folliculite vulvaire, tous les néoplasmes testiculaires, l'hypertrophie de la prostate, la pierre et la grossesse. Ce travail échappe à l'analyse en raison du nombre et de la diversité des matières qu'il renferme; mais nous devons dire combien de faits curieux, d'observations de toutes sortes les chercheurs pourront y trouver. Près de 300 planches sont intercalées dans le texte; parmi ces dernières, citons les très beaux dessins faits d'après les préparations de Lebec relatives à la circulation de l'utérus, de nombreuses pièces de tumeurs des os du bassin, de grossesses extra-utérines, d'anomalies et de monstruosités. Le chapitre qui a trait à la grossesse et à ses complications ne comprend guère moins de 300 pages ; on y consultera avec intérêt les statistiques nombreuses et les tableaux résumant les cómplications dues aux maladies des parois et des viscères du bassin, aux vices ou anomalies de conformation du squelette, aux cals vicieux, aux exostoses, aux ostéosarcomes, aux tumeurs du rectum et de l'utérus, en faisant connaître les résultats comparatifs de la gastro-hystérectomie et de l'opération césarienne.

L. JULLIEN.

I. — Die Magenoperationen an Prof. Billroth's Klinik 1880 bis März 1885 (Les opérations pratiquées sur l'estomac à la clinique de Billroth), par V. v. HACKER (*Vienne*, 1886 *et Centralbl. f. Chir.* 1886, *n°* 4, *p*. 54).

II. — Die Gastrostomie und ihre Resultate (La gastrostomie et ses résultats par D.-G. ZESAS (*Archiv für klinische Chirurgie, Band XXXII, Heft* 1, *p*. 188).

III. — De la gastrostomie dans les rétrécissements cancéreux de l'œsophage, par LAGRANGE (*Rev. de chir., juillet* 1885).

IV. — De la gastrostomie dans les rétrécissements non cancéreux de l'œsophage, par COHEN (*Thèse de Paris*, 1885).

V. — Beiträge zur Magen-Darmchirurgie (Contribution à la clinique de l'estomac et de l'intestin), par RYDYGIER (*Deutsche Zeitschrift für Chirurgie, Band XXI, Heft* 5 *et* 6, *p*. 546).

VI et VII. — Résection gastroduodénale pour un cancer de la portion pylorique de l'estomac. — Laparotomie pour un cancer diffus de l'estomac, par Angelo MAZZUCCHELLI (*Annali Univers. di med. e chir., vol.* 273, *p*. 161, 1885).

VIII. — Pylorusresection, par LAUENSTEIN (*Soc. méd. de Hambourg*, 10 *février* 1885).

IX. — Magenresection (Résection de l'estomac), par KOEHLER (*Berliner klinische Wochenschrift*, 7 *avril* 1884).

X. — Ueber Magenresection, par KUESTER (*Ibidem*, 12 *janvier* 1885).

XI. — Zur Magenchirurgie (Gastro-entérostomie suivie de succès chez une femme ayant subi un an auparavant la résection du pylore cancéreux), par SOCIN (*Correspondenzblatt f. schweizer Aerzte, n°* 21, *p*. 513, *novembre* 1884).

XII. — A statistical review of the operative measures devised for the relief of

pyloric stenosis, par Randolph WINSLOW (*American journ. of med. sc., avril* 1885).

I. — De l'année 1880 au mois de mars 1885, 33 opérations furent pratiquées sur l'estomac à la clinique de Billroth ; 13 furent suivies d'une heureuse issue, dont une *gastrostomie* pour l'ablation d'un dentier, 10 heures après l'ingestion de ce dernier. La gastrostomie a été encore pratiquée pour favoriser la dilatation d'un rétrécissement cicatriciel de l'œsophage. L'auteur pense que l'ouverture de l'estomac ne pourra jamais servir à pratiquer l'hémostase dans les hémorragies gastriques.

La *gastrorraphie* fut tentée deux fois sans succès ; une fois pour une rupture de l'estomac distendu, rupture survenue sans cause définie ; l'autre fois pour une plaie par balle de revolver qui avait blessé le diaphragme, le foie et l'aorte. En pareil cas la gastrorraphie doit être tentée aussi promptement que possible.

La *gastrostomie* fut faite deux fois pour des cancers, une fois pour un rétrécissement cicatriciel de l'œsophage ; en tout 3 cas suivis de mort. Un 4e opéré, atteint de cancer, succomba un mois et demi après la gastrostomie à une pneumonie. Cette opération chez les cancéreux paraît ne pas augmenter la durée de la survie ; aussi Billroth ne la pratique-t-il que quand les liquides mêmes ne passent plus. Billroth donne la préférence à l'incision en deux temps, dans laquelle on se borne à fixer d'abord l'estomac à la paroi,

Gastrectomie : 18 cas, 10 morts ; mortalité, par conséquent, 55 0/0.— Sur ce chiffre : 15 opérations pour cancer, 7 guérisons, mortalité 53 0/0. — La considération des adhérences contractées par le pylore est ici de première importance, surtout en cas de cancer. Dans deux cas seulement il n'y avait ni adhérence, ni engorgements ganglionnaires ; ils donnèrent les meilleurs résultats (guérison constatée au bout de 2 et 4 ans). De 8 malades qui présentaient des adhérences faciles à détacher et peu d'engorgement, 5 survécurent à l'opération dont 3 succombèrent au progrès du mal après 4 mois, 8 mois 1/2 et 10 mois : les 2 derniers chez lesquels la gastro-entérostomie dut être pratiquée, moururent au bout de 4 et 12 mois. En pareil cas, comme lorsqu'il existe une sténose cicatricielle du pylore, il vaudrait souvent mieux recourir d'emblée à cette opération. Il est donc nécessaire de reconnaître, au commencement de l'opération, l'état des ganglions et des adhérences. Billroth conseille, pour y arriver, de diviser l'épiploon en un point pour aller avec le doigt explorer le pancréas et l'arrière-cavité des épiploons. L'adhérence au pancréas, qui est une contre-indication absolue en cas de cancer, n'en est pas une lorsqu'il s'agit de rétrécissement cicatriciel ; on peut enlever même une portion du tissu pancréatique en pareil cas, pourvu qu'on n'intéresse pas les canaux excréteurs. — Dans un cas un rétrécissement cicatriciel put être enlevé par une incision cunéiforme sans séparation complète de l'estomac et du duodénum.

Pendant l'opération, l'estomac est maintenu par les mains d'un aide, le duodénum fermé avec une bandelette de gaze iodoformée dont on l'entoure. Billroth n'emploie plus la suture continue que pour la muqueuse, plusieurs faits lui ayant démontré l'insuffisance de cette dernière pour les séreuses. La séparation de la partie à enlever doit commencer par la partie postérieure avant que le duodénum n'ait été divisé.

La *gastro-entérostomie* donne, sur 9 opérations, 5 morts, 3 améliorations; une fois elle fut combinée avec la gastrectomie (voy. plus haut). Deux des opérés guéris moururent au bout d'un à deux mois de tuberculisation; le troisième succomba au bout de quatre mois à son cancer. L'un des deux autres malades était atteint de rétrécissement tuberculeux du duodénum. On voit que la gastro-entérostomie pour rétrécissement cancéreux du pylore ne donne pas de meilleurs résultats que la gastrostomie pour celui de l'œsophage.

Somme toute, statistique peu encourageante. PAUL BERGER.

II. — L'auteur fait d'abord l'historique de cette opération proposée la première fois par Egeberg. Depuis le 1er cas publié par Sédillot, l'opération a été pratiquée 162 fois. 129 fois pour un carcinome, 31 fois pour un rétrécissement cicatriciel, 2 fois pour des accidents syphilitiques de l'œsophage. Sur les 129 premiers opérés, il y eut 111 morts et 18 guérisons. Sur les 31 cas opérés pour rétrécissement cicatriciel, 20 morts et 11 guérisons; les deux opérés à cause de syphilis moururent tous les deux.

Avant l'introduction de la méthode antiseptique l'opération fut pratiquée 31 fois; 25 fois pour un carcinome (une guérison seulement), 2 fois pour un rétrécissement syphilitique, et 4 fois pour un rétrécissement cicatriciel (pas de cas de guérison).

Depuis que l'on emploie la méthode antiseptique, par contre, sur 104 cas opérés pour des carcinomes il y eut 17 guérisons et 87 morts; sur 27 cas opérés pour des rétrécissements cicatriciels, 11 guérisons et 16 morts.

L'opération a presque toujours été faite en un temps, rarement en deux temps.

L'auteur conseille de faire l'incision parallèlement au rebord costal gauche à un travers de doigt en dedans, obliquement à travers le muscle droit; cependant d'autres procédés ont été proposés et appliqués, incision cruciale, sur la ligne blanche, convexe en dedans. Plusieurs procédés ont été employés aussi pour fixer l'estomac aux parois abdominales: caustiques, acupuncture. Il vaut mieux suturer l'estomac à la paroi abdominale en ne comprenant dans les points de suture que la séreuse et la musculeuse et ouvrir immédiatement l'estomac de manière à pouvoir parer le plus tôt possible aux dangers que l'inanition fait souvent courir aux malades. Il convient aussi de ne pas agrandir outre mesure l'ouverture de l'estomac, il sera plus facile de l'élargir plus tard, s'il le faut, que de la rétrécir.

Il paraît préférable de commencer à nourrir les malades par la fistule peu de temps après l'opération; les lavements alimentaires ne sauraient suffisamment soutenir les forces de l'opéré.

Cette opération est indiquée dans tous les cas où la déglutition est impossible:

1° Quand l'œsophage fait absolument défaut (cas qui ne s'est jamais présenté);

2° Quand il existe des cicatrices par plaies, cautérisations, affections constitutionnelles;

3° Quand il existe des néoplasmes dans l'œsophage ou son voisinage;

4° Quand il y a un corps étranger solidement enclavé (cas non observé encore). EDELMANN.

III. — A l'occasion d'une gastrostomie faite pour un cancer de l'œsophage, et suivie, le 13e jour, de rupture des adhérences péritonéales et de mort, l'auteur, après avoir rappelé qu'il lui paraît préférable de faire partir l'incision de la 8e côte et que la bouche stomacale n'a pu être faite près du cardia, envisage la question au point de vue de l'utilité réelle de cette opération.

Les accidents opératoires primitifs ou secondaires qui d'ailleurs sont rares, étant mis de côté, Lagrange trouve que, sur un relevé de 145 opérations, la moyenne de la survie a été de 19 jours. Dans quelques cas le résultat a été plus favorable et les malades n'ont pas succombé aussi rapidement; mais en étudiant ces cas, on peut reconnaître que l'intervention aurait pu être différée, et que, loin d'avoir été utile, elle a peut-être contribué à hâter la terminaison fatale.

Suivant l'auteur, ou la maladie est peu avancée et l'opération est inutile, parce que le malade peut vivre sans gastrostomie, ou bien la maladie existe depuis longtemps et l'opération est inutile, parce que le malade va mourir; d'où il faut conclure que, en règle générale, la gastrostomie doit être bannie de la thérapeutique des cancers de l'œsophage.

IV. — Le chapitre premier de ce travail est consacré à l'étude des indications et des contre-indications de la gastrostomie. Envisageant les différentes variétés de rétrécissements (sauf le cancéreux) l'auteur, tout en rappelant que quelquefois les indications sont peu précises, estime que la gastrostomie est indiquée, lorsque le rétrécissement infranchissable siège au-dessous de l'extrémité supérieure du sternum, et même lorsque, son siège étant au niveau du cou, on n'a pas assisté à son évolution.

Après une minutieuse description du manuel opératoire et de l'alimentation consécutive, Cohen mentionne les accidents de l'opération. Passant rapidement sur la syncope, l'asphyxie, le collapsus, l'hémorragie, il signale la péritonite et quelques accidents secondaires locaux et généraux.

Suit une étude comparative des 53 cas, qui ont été publiés dans divers recueils scientifiques, et pour lesquels les chirurgiens ont opéré de différente façon.

D'autre part, en s'appuyant sur une statistique de Gross, comprenant 37 gastrostomies et en plaçant côte à côte les survies données par cette opération et par les œsophagotomies, l'auteur en conclut que les chiffres plaident en faveur de la gastrostomie. OZENNE.

V. — *a*) *Trois cas nouveaux de résection du pylore :*

1° O..., âgé de 42 ans. *Diagnostic :* carcinome du pylore; tumeurs petites et mobiles.

Opération le 4 juin 1883 : section sur la ligne blanche. Le grand et le petit épiploon sont divisés entre deux ligatures; application des compresseurs élastiques de l'auteur, une compresse antiseptique est passée sous le pylore; excision de la tumeur par une section oblique de droite à gauche et de bas en haut sur l'estomac, par une section droite sur le duodénum. Deux étages de suture et de plus une suture muqueuse avec le catgut le plus fin. La plaie bien nettoyée, on ferme la cavité abdominale par des sutures profondes et superficielles, avec des fils de soie. Pansement au sublimé. Durée de l'opération deux heures et demie.

La partie réséquée occupait $0^{m},07$ de la grande courbure et $0^{m},04$ de la petite.

Tout se passe bien pendant les deux premiers jours; puis douleurs vives

du côté de la région opérée, élévation de la température; mort à la fin du quatrième jour.

Autopsie. Péritonite suppurée. Il fut impossible de déterminer si quelques points de sutures avaient cédé ou non.

2° Femme de 41 ans. Carcinome du pylore. Malade petite, faible, amaigrie; au-dessus du nombril tumeur du volume du poing, parfaitement mobile.

Opération le 21 juillet 1884, d'après le même procédé. Mais dans ce cas on dut perforer le mésocôlon sur une longueur de $0^m,05$ environ et en même temps lier une branche importante d'une des divisions de l'artère colique moyenne; au-dessus du point où se forment les arcades, la partie correspondante du côlon ne changea pas de couleur et ne fut pas réséquée. On employa la suture du pelletier en commençant par la partie postérieure de la plaie. Les suites furent fort simples; pas de fièvre, un peu de bouillon le quatrième jour; le huitième, de la viande crue; le onzième jour on lève pour la première fois le pansement et l'on enlève les fils. Le trente-deuxième jour la malade quitte l'établissement un peu affaiblie, mais bien portante; plus de vomissements, garde-robes régulières; bon appétit.

La partie réséquée comprenait $0^m,20$ de la grande courbure et $0^m,10$ de la petite.

Au mois de septembre l'opérée se trouvait encore fort bien.

3° N..., 48 ans. *Diagnostic :* ulcère de l'estomac dans la région pylorique, fort rétrécissement du pylore, dilatation de l'estomac consécutive.

Opération le 2 août 1884; incision de $0^m,14$ sous la ligne blanche; on cherche et on attire la partie indurée du pylore, elle a quelques adhérences cicatricielles avec les parties voisines. On détache le grand et le petit épiploon sur une étendue de $0^m,06$ environ; application de compresseurs élastiques; section de l'estomac sur une ligne oblique, section droite du duodénum. Comme le duodénum a une grande tendance à se retirer vers la profondeur, on passe, en haut et en bas, un fil à travers le péritoine et la paroi duodénale; en tirant alors dans des directions opposées, on tend si bien les parois du duodénum que son orifice est complètement fermé. De plus, on attire le plus possible au dehors l'orifice du duodénum, de sorte que rien de son contenu ne peut s'écouler.

Suture du pelletier en commençant par la paroi postérieure, les fils sont passés de dedans en dehors, puis suture de la muqueuse, enfin suture antérieure, toujours d'après le même procédé.

Toilette du champ opératoire avec une solution phéniquée à 2 0/0; suture de la plaie abdominale (sutures profondes et superficielles), pansement au sublimé.

Les suites furent très compliquées; le deuxième jour, pneumonie dont la malade manqua mourir; elle se remit lentement. Dans les dix premiers jours la température se maintint à 39°,5 le soir, puis elle redevint normale. Au bout de douze jours on donna à l'opérée un peu de viande hachée; au bout de trois semaines et demie elle put se lever : sortie le 6 septembre 1884 en parfaite santé. Pas de renseignements depuis.

L'auteur a pratiqué la résection du pylore deux fois pour un ulcère de l'estomac, deux succès; trois fois pour un carcinome de l'estomac, avec un succès et deux morts.

b) Deux cas de gastro-entérostomie :

1° Jeune homme de 20 ans, ne pesait plus que 51 livres. Malade très misérable. Tous les organes sont sains, sauf l'estomac qui est très dilaté. Le malade a eu et a encore de graves hématémèses. *Diagnostic :* ulcère du pylore, sténose de la région pylorique et dilatation de l'estomac. On employa d'abord la pompe stomacale. Les vomissements cessèrent tout le temps qu'on l'employa, mais la constipation persista. Au bout de quatre semaines, le malade,

assez bien, demanda à sortir; peu de temps après, il revint, décidé à se faire opérer. On décida donc de faire la résection du pylore. La ligne blanche est incisée depuis l'appendice xiphoïde jusqu'à l'ombilic. Mais alors l'on reconnut que l'ulcère ne siégeait pas sur le pylore, mais bien dans le duodénum, un peu au-dessus de sa première incurvation. On se trouvait donc dans l'alternative, ou bien de refermer la plaie abdominale, ou bien de pratiquer la gastro-entérostomie. On choisit le premier parti. La plaie guérit sans incident et l'on recourut de nouveau à la pompe stomacale. Tout allait bien, l'état du malade était satisfaisant, il ne vomissait plus, quand un écart de régime le mit dans un état des plus alarmants qui dura quatre jours. Quand il fut un peu remis il consentit à une nouvelle opération.

Elle fut faite le 13 mars 1884. Incision de la ligne blanche sur l'ancienne cicatrice, on la prolonge jusqu'en dessous du nombril. On cherche le pli de réunion du duodénum et du jéjunum afin de bien déterminer le bout afférent de l'intestin. Descendant environ $0^m,40$ le long de l'intestin, on isole avec les compresseurs une anse intestinale de $0^m,10$, anse préalablement vidée avec les doigts. Les compresseurs sont passés à travers des orifices du mésentère pratiqués perpendiculairement à l'intestin, pas de sang. Incision de $0^m,05$ sur la partie convexe de l'intestin isolé. Puis un aide fait sur la face antérieure de l'estomac, à $0^m,04$ de la grande courbure, un pli de $0^m,08$. Suture de la face postérieure de la plaie intestinale au pli stomacal (suture du pelletier) comprenant les séreuses et la tunique musculaire. Incision du pli stomacal, ligature au catgut des artères. Sutures des muqueuses intestinale et stomacale, en arrière, puis sutures des bords antérieurs (trois rangées de sutures). Enfin suture du bout afférent de l'intestin à la paroi antérieure de l'estomac, un peu plus haut que l'ouverture, afin d'éviter une fausse circulation. Toilette presque inutile. Sutures de la plaie abdominale. Pansement au sublimé.

Opéré très faible. Parotidite le cinquième jour, température jusqu'à 39°, incision. Petit abcès des parois abdominales. Décubitus. Les forces reviennent graduellement. Plus de vomissements; le dixième jour, première selle et depuis elles sont régulières.

En octobre 1884, le malade va bien, il est bien portant, mange bien et fonctionne régulièrement.

2° Homme de 32 ans. *Diagnostic :* ulcère dans la région pylorique. On décide de faire la résection du pylore.

Opération le 20 juin 1884; mais le pylore et la paroi antérieure de l'estomac présentent de telles adhérences avec la face inférieure du foie et la vésicule biliaire que l'on se décide à faire la gastro-entérostomie. On procède de même que dans le cas précédent.

Le premier pansement est levé au bout de huit jours. Première garde-robe au bout de onze jours, depuis selles régulières.

Le 22 juillet 1884, le malade sort complètement guéri. Il a écrit depuis qu'il se portait fort bien, pas de constipation, plus de douleurs, et les forces reviennent.

EDELMANN.

VI. — La première de ces opérations fut tentée le 13 mai 1885 sur un homme de 48 ans dont le mal remontait au printemps de 1884.

Incision de 12 centimètres, parallèle à la ligne blanche, à 2 travers de doigt en dehors à droite, à partir du rebord costal; section longitudinale du muscle droit, de l'aponévrose et du péritoine qui est immédiatement fixé à la peau par quelques points de suture, afin d'éviter les décollements. L'estomac est attiré au dehors et on reconnaît la limitation de la tumeur à la région pylorique. Immédiatement la partie malade est isolée du grand épiploon par 11 ligatures doubles, et du petit par 4. Puis 2 clamps dont les mors sont revêtus de caoutchouc sont appliqués, l'un sur le duodénum, l'autre en travers sur l'estomac. Une double section sépare le pylore qui est enlevé. L'opération jusqu'ici n'a pas tout à fait duré une heure, mais le malade donne des

signes d'affaiblissement et il importe de la terminer le plus promptement possible.

Mazzuchelli pratique la suture en abouchant la section duodénale à la partie de la section stomacale la plus voisine de la petite courbure. Cela fait, il restait du côté de la grande courbure une ouverture de 8 centimètres de circonférence dont les bords furent réunis entre eux ; 8 points de suture furent placés ; l'abouchement gastro-duodénal en avait nécessité 20.

Le malade ne survécut que 11 heures à l'opération. Ce qu'il faut noter particulièrement ce sont les douleurs extrêmes qu'il accusa et qui furent à peine calmées par les injections de morphine et le chloral en lavements.

Cette opération est la 7e du même genre qui ait été faite en Italie; voici l'indication de ces 7 observations :

1° Ar. Caselli. Mort, au 6e jour, de choc opératoire (*Annali univ. di med.*, 1882, p. 302) ;

2° G. Bigi. Mort, au 4e jour, de diarrhée profuse (*Raccoglitore med.*, 20 nov. 1882) ;

3° Superno. Mort, au 3e jour, de péritonite (*Raccoglitore med.*, 10 août 1883) ;

4° Ruggi. Mort, après 22 heures, d'épuisement (*Raccoglitore med.*, 10 déc. 1883) ;

5° Zanaboni. Mort au 7e jour, péritonite suppurée (*Gazz. osped. milit.*, n 98, 1883) ;

6° Bartolini. (*Raccoglitore med.*, 10 mai 1885) ;

7° L'obs. de Mazzuchelli.

VII. — La seconde observation a trait à une laparotomie exécutée pour explorer un cancer de l'estomac que l'on avait quelque raison de supposer diffus. Même incision que dans le cas précédent ; constatation d'un carcinome fort étendu, d'une extirpation impossible, d'une volumineuse masse secondaire dans le petit épiploon et finalement fermeture de l'abdomen. L'opération avait eu lieu le 15 juin ; dès le 17 un peu de suppuration se manifeste au niveau de la plaie, et le 21 on est obligé d'enlever toutes les sutures. Le 22 on reconnaît une gangrène assez étendue du tissu cellulaire, on cautérise avec le chlorure de zinc et l'on rétablit l'antisepsie. Le 30 le grand épiploon est pris de gonflement et fait issue à travers la plaie sous la forme d'un gros fongus. La mort survient le 5 juillet. La température n'a jamais dépassé 37°,5.

L. JULLIEN.

VIII. — L'auteur présente un marin de 34 ans chez qui il a pratiqué la résection du pylore carcinomateux le 1er janvier. L'estomac n'était pas considérablement dilaté : on put le laver avant l'opération. Après incision sur la ligne médiane de l'estomac on trouva quelques adhérences de la tumeur en arrière. Les sutures furent faites au catgut, la plaie pansée à l'iodoforme. L'opération dura deux heures et demie.

L'opéré ne prit d'aliments solides qu'au 14e jour. Le 19e jour il eut de la fièvre, une éruption d'herpès et du catarrhe bronchique. Il se leva à la fin de la troisième semaine ; depuis ce moment l'appétit est excellent.

L. GALLIARD.

IX. — Homme de 41 ans, extrêmement amaigri par des vomissements alimentaires durant depuis 8 mois. Dilatation considérable de l'estomac sans tumeur appréciable. Délire d'inanition. Koehler diagnostique un rétrécissement pylorique, par cicatrice d'ulcère et se propose de pratiquer la dilatation digitale du pylore. Incision de Rydygier.

L'incision de l'estomac donne issue à une grande quantité de liquide qui ne peut s'épancher dans la cavité abdominale. Le duodénum, qui est vide, est incisé obliquement. Suture de Gussenbauer et Czerny, puis suture

simple car le collapsus du malade exige un prompt achèvement de l'opération qui a duré déjà 3 heures. Pouls radial insensible, 35°,4. Injections d'éther et camphre. Lavements de peptones et de lait. Au bout de quelques heures le pouls et la température se relèvent. Néanmoins 12 heures et demie après l'opération, l'opéré succombe au progrès de l'inanition.

Autopsie : La suture gastro-duodénale est parfaitement étanche. Adhérences déjà intimes des deux séreuses. Aucune trace de péritonite.

A l'avenir, dans un cas semblable, Koehler se propose, avant d'appliquer les sutures gastro-duodénales, d'introduire dans le duodénum, des aliments appropriés afin de permettre au malade d'attendre le 3e jour après l'opération, où l'on peut commencer l'alimentation par la bouche.

X. —Dans un cas de résection de l'estomac, pratiquée chez un homme de 61 ans pour un cancer de la grande courbure, Kuester dut détacher, du mésocôlon, le côlon transverse, sur une grande étendue. L'opéré ayant succombé au bout de 24 heures, on trouva à l'autopsie le côlon gangréné. Comme les faits analogues ne sont pas très rares, Kuester estime qu'il y a lieu de s'abstenir d'opérer quand il est indispensable de décoller ou de sectionner le mésocôlon sur une étendue un peu considérable. Cela réduit beaucoup les indications de la résection de l'estomac qui ne sera plus effectuée que pour les cancers pyloriques à la fois petits et mobiles.

Dans la plupart des cas, une laparotomie exploratrice permet de décider s'il y a lieu à résection. Cependant, malgré l'incision abdominale, une erreur est encore possible. Ainsi Kuester étant en train de réséquer l'estomac pour un ulcère à bords saillants qu'il avait pris pour un cancer, ne reconnut qu'à la fin la présence d'adhérences solides de la tumeur au pancréas.

Rehn cite un cas de résection du côlon transverse cancéreux qui guérit malgré l'ablation de 20 centimètres de cet intestin et d'une grande partie de son mésocôlon (*R. S. M.*, XXIII, 673). J. B.

XI. — Socin nous donne la suite de l'histoire de la malade (*R. S. M.*, XXIII, 677) à laquelle il avait réséqué le pylore, atteint de cancer, le 15 juillet 1883.

Huit mois et demi après cette opération, reparurent des troubles gastriques et bientôt on put constater en arrière de la cicatrice opératoire, qui formait un ligne longue de 10 centimètres une tumeur lui adhérant, de la grosseur d'un œuf de poule, bosselée, dure, un peu mobile en tous sens mais envoyant deux prolongements comme des cordons, l'un plus épais qui se perdait dans la profondeur, l'autre plus mince se dirigeant en haut et à droite vers le foie. Délire d'inanition.

Gastro-entérostomie le 5 juillet 1884 : l'incision longitudinale menée sur la ligne blanche depuis la pointe xyphoïdienne jusqu'au nombril, montra le foie si abaissé que Socin dut prolonger son incision sur la gauche de l'ombilic de façon à lui donner une longueur de 16 centimètres. Le foie refoulé, apparaît l'estomac complètement vide et flasque mais dilaté et soudé à gauche au foie et à la paroi abdominale.

Il forme ainsi une tumeur du volume du poing dont la face séreuse antérieure est parsemée de nodosités blanches, dures, grosses comme des grains de mil. Après avoir repoussé l'estomac sur la gauche, Socin, avec son index gauche, attire le côlon transverse et l'épiploon et les relève. Puis il saisit une anse grêle sur laquelle il place, à 10 centimètres l'un de l'autre, deux fils de soie dont il serre mollement les nœuds en glissant dans chacun d'eux une plaque de caoutchouc. Le segment intestinal intercepté entre les ligatures

est incisé sur une longueur de 6 centimètres au niveau du bord opposé au mésentère ; 2 ligatures arrêtent l'hémorragie. L'incision des parois intestinales et l'intérieur de cet organe sont désinfectés au sublimé. Les parois de l'estomac, au voisinage du grand cul-de-sac, en un point respecté par les nodosités cancéreuses, sont saisies entre deux clamps de Gussenbauer et ouvertes dans leur intervalle sur une longueur de 6 centimètres ; 2 ligatures suspendent l'écoulement sanguin. Socin procède alors à la résection de toutes les parties de l'estomac et de l'intestin non incisées et recouvre les incisions de compresses chaudes trempées dans une solution de sublimé. Il fait ensuite les sutures : 15 points de suture interne de Wölfler unissent d'abord la lèvre supérieure de l'incision intestinale à la lèvre inférieure de l'incision gastrique, suture continue de la muqueuse par-dessus. Ensuite après suture préalable de leurs muqueuses, Socin coud la lèvre inférieure de l'intestin à la lèvre supérieure de l'estomac, au moyen de 15 points de Lembert.

Enfin deux points supplémentaires de Lembert sont encore appliqués dans les angles. Donc en tout 32 points de suture à travers les tuniques séreuses et musculeuses et 2 sutures continues pour les muqueuses. Lavage au lait de zinc, réduction, occlusion de la plaie abdominale par 22 points pour le péritoine et par 17 pour le reste des parois ; drain osseux résorbable à l'angle inférieur de la plaie. Pansement au zinc.

L'opération a duré 1 heure 1/4. Les suites en furent des plus simples. Jamais la température n'a dépassé 37°,4. Dans les premiers jours, la femme éprouva de vives douleurs dans le ventre, dues sans doute aux lavages de sublimé car elle eut aussi un peu de stomatite mercurielle.

Vingt-quatre heures après l'opération, administration d'heure en heure, d'une, puis de deux cuillerées de lait glacé. Le 5e jour consommé et œufs ; le 9e, viande rôtie ; à partir du 14e jour ration entière d'aliments. Le 4e jour, émission de gaz par l'anus ; le 9e, à la suite d'un lavement simple, première garde-robe ; dès lors les selles sont spontanées et quotidiennes.

Quatre mois après cette opération, la malade avait augmentée de 21 livres 1/2, digérait parfaitement et avait des garde-robes moulées, colorées et régulières. La tumeur s'était un peu accrue, ayant 12 centimètres 1/2 de long sur 7 de large.

Dans cette gastro-entérostomie, qui est la première suivie de succès chez une personne ayant déjà subi la gastrectomie, Socin n'a employé ni la modification opératoire proposée par Wölfler (*R. S. M.*, XXIII, 682) dont la description lui paraît peu claire et la valeur problématique, ni celle conseillée par Courvoisier (*ibidem*, p. 683) parce qu'elle lui semble devoir prolonger et aggraver une opération purement palliative.

On compte 9 autres gastro-entérostomies dont 3 seulement ont réussi. Outre les 6 opérations de Wölfler, Billroth, Rydygier, Luecke, Koehler et Courvoisier (*R. S. M.*, XXIII, 679 et 682 à 684), il en est deux autres dues à Lauenstein et une à Rydygier. Des deux opérées de Lauenstein aucune n'a guéri ; l'homme de 50 ans (*Archiv f. klin. Chirurg.*, XXVIII) a succombé par épuisement le 3e jour ; la femme âgée de 25 ans (*Verhandl. der deutschen Gesellschaft für Chirurgie*, 1883) est morte au bout de 4 semaines dans le marasme et le côlon transverse fut trouvé comprimé.

J. B.

XII. — Six opérations ont été proposées et pratiquées pour le traitement du rétrécissement pylorique, causé soit par le cancer soit par les cicatrices d'ulcères ou autres causes. Winslow passe en revue les conditions dans lesquelles ces diverses opérations doivent être faites et les résultats qu'on en a obtenus.

La *pylorectomie,* pratiquée pour la première fois par Péan en 1879, a été faite 61 fois, donnant 16 guérisons (au moins opératoires), 44 morts, un résultat inconnu. Les opérés étaient 33 femmes, 14 hommes; 14 fois le sexe n'était pas indiqué.

Les indications de la pylorectomie sont: 1° le cancer devant amener la mort à bref délai, par l'épuisement, la douleur, ou la coarctation, l'obstruction du canal alimentaire; 2° le rétrécissement pylorique presque absolu, suite d'ulcère; 3° le rétrécissement par absorption d'un liquide caustique. Rydygier et Hacker omt opéré deux cas pour une hémorragie incoercible due à un ulcère et pour une perforation.

La mort, après la pylorectomie, a été déterminée 27 fois par collapsus; 3 fois par inanition et épuisement; 10 fois, par péritonite, dont 4 avec grangrène du côlon; 3 fois par péritonite, par rupture des sutures.

La *gastro-entérostomie* pratiquée pour la première fois (1881) par Woelfler, a été faite 13 fois; 11 fois pour des carcinomes, 2 fois pour des rétrécissements. Sur ces 13 opérations, on a 9 morts; sur les 4 guérisons, un malade avait déjà subi la pylorectomie; 2 sont morts 4 et 6 mois après l'opération.

La gastrectomie. Connor, de Cincinnati (1883), a tenté l'ablation de l'estomac; la malade, agée de 50 ans, est morte dans le cours de l'opération.

La *gastrostomie* a été faite une fois par Hahn qui passa une sonde à travers le pylore. Survie de 3 semaines.

La *duodénostomie* a été faite 3 fois; 2 rétrécissements cicatriciels, 1 cancer; 3 morts.

La *divulsion digitale du pylore* (voy. *R. S. M.*, XXII, 307) a été faite 6 fois, 4 par Loreta, une par Giommi, une par Frattini, pour des rétrécissement par ulcère; 4 guérisons; 2 morts de collapsus.

On trouvera dans cet article de revue les indications générales du manuel opératoire et les tableaux statistiques de toutes les observations.

Voici les conclusions de Winslow :

1° Dans le cancer de l'estomac ne déterminant pas de rétrécissement, ne pas opérer;

2° La pylorectomie, donnant une mortalité de 76 0/0, doit être une opération tout à fait exceptionnelle, quand il y a un rétrécissement très marqué, que le pylore n'est pas adhérent aux organes voisins et que le sujet est jeune et suffisamment fort;

3° Dans le cas de rétrécissement cancéreux; comme on ne peut avoir qu'un bénéfice temporaire, pratiquer la gastro-entérostomie;

4° Dans les cas de rétrécissement cicatriciel, faire la divulsion digitale; si cette divulsion est impossible, en raison de l'épaisseur des parois, la résection, chez les sujets encore robustes, la gastro-entérostomie, chez ceux qui sont débilités, donneront de bons résultats.

L'hémorragie ou la perforation par ulcère ne constituent pas des indications de pylorectomie.

6° La duodénostomie, la gastrostomie pour le passage d'une sonde, la gastrectomie doivent être remplacées par la gastro-entérostomie.

A. CARTAZ.

I. — Note on the value of the diagonal line in the diagnosis of distension of the gall bladder (Diagnostic de la distension de la vésicule biliaire), par John TAYLOR (*Brit. med. journ., p.* 737, *avril* 1885).

II. — Fatal pyloric obstruction, par Hale WHITE (*Path. Soc. — Lancet,* 24 *octobre* 1885).

III. — Contribution à l'étude de la taille biliaire, par DURIAU (*Thèse de Paris,* 1885).

IV. — Cholecystotomie mit günstigen Erfolge (Cholécystotomie suivie de succès), par HOFMOKL (*Soc. des méd. de Vienne,* 29 *mai* 1885).

V. — Two cases of cholecystotomy, par Mayo ROBSON (*Med. Times, p.* 617, 31 *octobre* 1885).

VI. — Fatal obstruction of the ileo-cœcal valve by a gall-stone (Obstruction de la valvule iléo-cœcale par un calcul biliaire), par Russell-H. JOHNSON (*The med. News,* 27 *juin* 1885).

VII. — Large gall stones passed per anum (Gros calculs biliaires évacués par l'intestin), par J.-W. MOORE (*The Dublin journ. of med. sc., p.* 509, *juin* 1885).

VIII. — Hépatotomie pour un cas de kystes hydatiques du foie et de la plèvre, par SÜSLIN (*Dnevnik Kasansk. Obshtchestva Vratch., n°* 5, 1885).

IX. — Traitement des collections purulentes du foie par incision large et antiseptique, par A. CARAVIAS (*Thèse de Paris,* 1885).

I. — L'auteur indique comme point de repère constant pour reconnaître la vésicule biliaire dilatée, une ligne oblique qui part du sommet du cartilage de la dixième côte à droite, pour se diriger du côté opposé de l'abdomen, traversant la ligne médiane légèrement au-dessous de l'ombilic. Il a eu récemment l'occasion d'apprécier l'exactitude de ce repère, dans un cas de tumeur obscure du flanc droit sans ictère ni colique hépatique. L'opération de la cholécystotomie faite par Tait montra qu'il s'agissait bien de la vésicule biliaire distendue par des calculs. H. R

II. — La malade avait succombé avec des symptômes d'obstruction pylorique. A l'autopsie, on trouva la vésicule biliaire remplie de calculs. L'orifice pylorique était considérablement rétréci, par suite de l'épaississement de ses parois. Les canaux biliaires étaient normaux. Sur la paroi interne de l'estomac, au niveau de sa jonction avec le duodénum, on voyait l'orifice d'un sinus ; au fond de ce sinus, un petit sac du volume d'un pois, contenant quelques calculs biliaires très petits. Le sac était logé dans l'épaisseur même des parois pyloriques. L'extrémité antérieure de la vésicule biliaire adhérait au pylore au niveau du sac. Il est à croire qu'un certain nombre de calculs avaient perforé la vésicule biliaire et s'étaient logés dans l'épaisseur du pylore ; que le canal de communication entre la vésicule et le sac s'était oblitéré, et qu'une nouvelle voie de communication s'était établie entre le sac et l'estomac ; que la présence, enfin, des calculs dans le pylore, avait été la cause de l'épaississement de ses parois. J.-B. H.

III. — Cette monographie débute par un long historique où sont relatés la plupart des cas connus. Quelques détails d'anatomie normale et pathologique sur la vésicule et son contenu, l'étude du diagnostic de l'affection, des indications et contre-indications opératoires, le manuel opératoire sont décrits avec soin.

L'auteur termine son travail par la relation d'une taille biliaire pratiquée par Félizet et suivie de guérison.

Femme de 67 ans. Coliques hépatiques fréquentes : en décembre 1884, tumeur de la région biliaire ; en janvier 1885, péritonite périhépatique. En février, occlusion intestinale (suivie de débâcle), par compression de la vésicule biliaire sur le côlon transverse. Les accidents d'occlusion et d'inflammation de la vésicule qui menaçait de se rompre, décident l'opération le 7 avril.

L'ouverture donne issue à 200 grammes de muco-pus et à 24 calculs ; le lendemain, issue de 21 calculs ; au 13e jour, la malade se lève ; trois mois après l'opération, il persistait encore une petite fistulette donnant issue tantôt à du mucus, tantôt à de la bile. A cette époque, il se produisit une poussée de congestion hépatique, due à un retour de l'affection chronique du foie qui a produit les calculs. MAUBRAC.

IV. — La cholécystotomie a été pratiquée avec succès par Hofmokl dans un cas d'hydropisie de la vésicule due à la lithiase biliaire.

Femme de 39 ans, ayant eu un premier ictère à 19 ans avec des douleurs à l'hypochondre droit. Ictère à 21 et à 28 ans au mois d'août 1884, coliques très pénibles durant deux mois : la malade s'aperçoit d'une tumeur abdominale douloureuse et gênante.

La malade est maigre, légèrement ictérique; à la région du foie, tumeur lisse, tendue, élastique, ayant 8 centimètres de diamètre. On hésite entre l'hydropisie de la vésicule, la cholécystite suppurée et le kyste hydatique du foie ou de l'épiploon. L'auteur se garde de faire une ponction exploratrice.

Il opère le 6 février 1885 ; une incision de 10 centimètres met à nu la tumeur tendue et mobile, adhérente seulement à l'épiploon à son extrémité inférieure. En la ponctionnant, on extrait 150 grammes de liquide grisâtre, trouble, contenant de la graisse, de la cholestérine, des cellules lymphoïdes ; pas de bile. Après avoir reconnu que cette tumeur est bien la vésicule, l'auteur ferme avec une pince l'ouverture faite par le fin trocart, et fixe à la peau par des sutures la tumeur attirée au dehors. Il l'incise alors, la vide, et y trouve 13 calculs biliaires.

Irrigation au sublimé, suture de la plaie, drain placé dans la vésicule, pansement à la laine de bois iodoformée.

Les douleurs cessent immédiatement, la malade peut dormir et se trouve bien : pas de vomissements, pas de fièvre.

Le 26 février, on constate pour la première fois l'écoulement de sécrétion biliaire par la fistule qui livre passage à plusieurs calculs. Un de ces calculs trop volumineux doit être broyé. Écoulement de bile en abondance : les selles sont cependant teintées par la bile.

Il s'agit maintenant de fermer la fistule biliaire ; le nitrate d'argent, le fer rouge ayant échoué, on fait à la paroi abdominale une incision circulaire, pour exciser un anneau cutané de 2 millimètres d'épaisseur ; sutures, pansement iodoformé. Au bout d'une semaine, l'occlusion paraît complète, la bile cesse de couler au dehors. Plus tard, la plaie s'ouvre de nouveau : il faut six semaines pour l'occlusion définitive. L'état de l'opérée est actuellement satisfaisant : appétit, sommeil, pas de douleurs. L. GALLIARD.

V. — 1° Femme de 33 ans. En juin 1884, on constate une tumeur grosse comme un œuf de poule, cause de douleurs et malaise, jamais d'ictère, la malade ne consent à se laisser opérer qu'en juin 1885, la tumeur ayant notablement augmenté de volume. On pratique la cholécystotomie : huit calculs sont retirés du canal cystique ; la vésicule contenait du liquide clair, semblable à de l'eau, qu'on avait enlevé par aspiration. Le péritoine est suturé, la muqueuse à la peau, un drain introduit dans la vésicule ; au 17e jour, guérison ; une petite fistule persiste.

2° Femme de 22 ans : vomissements après toute nourriture, constipation prolongée, tumeur au point de flexion du côlon à droite. Le diagnostic *probable* fut : vésicule biliaire distendue par calculs. Cholécystotomie; on retire de nombreux calculs petits et blancs ; le doigt explore le canal cystique dans sa longueur et y constate l'absence de calculs. Les vomissements cessèrent immédiatement. Guérison rapide; la fistule qui s'était fermée se réouvre, donnant issue à un liquide clair.

Dans ces deux cas, le canal cystique est resté oblitéré ; jamais il ne s'écoule de bile par la fistule : l'absence de calculs dans le canal fait supposer un rétrécissement organique.

Le liquide contenu dans la vésicule aurait pu, par la ponction exploratrice, être pris pour du liquide de kyste hydatique. Ce liquide semble doué de propriétés antiseptiques.

On y a trouvé un ferment qui coagule le lait et un second ferment à action diastasique sur l'amidon.

Enfin, contrairement à ce que Tait (*Lancet*, 5 septembre 1885, p. 424) a observé, les vésicules étaient distendues, très évidemment ne remplissaient plus leurs fonctions, et il y avait de nombreux calculs petits qui ne baignaient pas dans la bile.

Symonds fait remarquer qu'il serait difficile de suturer à la paroi abdominale la vésicule si elle n'est pas distendue, on doit, dans ces cas, pratiquer l'extirpation.

MAUBRAC.

VI. — Homme de 70 ans, souffrant de constipation habituelle et pris, à la suite de l'ingestion de pilules purgatives, de vomissements et des signes généraux d'une occlusion intestinale. Les vomissements, d'abord alimentaires et bilieux, devinrent après quelques jours fécaloïdes. Dans les dix-huit dernières heures de la vie, il y eut anurie complète. Le malade n'avait jamais souffert de coliques hépatiques, n'avait jamais eu d'accidents abdominaux.

A l'autopsie, on trouva logé au niveau de la valvule iléocœcale et l'obstruant complètement, un énorme calcul de un pouce trois quarts de long sur un pouce de diamètre. L'analyse fit reconnaître tous les caractères d'un calcul biliaire. Aucune lésion intestinale.

L'auteur discute les diverses hypothèses qui permettent d'expliquer la présence en ce point d'un aussi volumineux calcul et s'arrête à l'idée du passage direct de la pierre par un travail d'ulcération lente, qui aurait été suivie de cicatrisation de la fistule établie entre la vésicule et le duodénum.

A. CARTAZ.

VII. — Fait intéressant, en ce qu'il montre la longue durée du séjour que peut faire un calcul biliaire dans l'intestin après sa sortie de la vésicule biliaire.

Il s'agit d'une femme de 47 ans, qui, en mars 1884, éprouve une très violente crise de colique hépatique sans ictère; au bout de quatre jours, disparition des douleurs, métrorragie consécutive. Après cette attaque, santé excellente, sauf de temps en temps quelques coliques abdominales paroxystiques. En juillet, tout d'un coup, elle est reprise de douleurs atroces, avec météorisme, vomissements bilieux, constipation, facies péritonéal, en un mot, tous les signes d'une obstruction intestinale. Sous l'influence de 2 grammes de poudre composée de jalap, une débâcle intestinale survient, et la malade accouche de sept calculs biliaires dont le plus gros atteignait presque la dimension d'un petit œuf de poule.

Ici donc, l'issue des calculs avait dû se faire en mars, par ulcération

de la vésicule biliaire, et leur expulsion n'avait eu lieu que trois mois et demi après. Les douleurs éprouvées dans l'intervalle étaient dues à des obstructions passagères de l'intestin pendant le parcours des calculs. H. R.

VIII. — Jeune femme de 22 ans, entrée à la clinique de Levshin pour un kyste du foie. Deux ponctions exploratrices confirmèrent le diagnostic de kyste hydatique. On fit l'opération en deux temps ; ouverture de l'abdomen jusqu'au kyste. La plaie est bourrée de gaze iodoformée et pansée avec le coton de bois au sublimé. Quatre jours plus tard, les bords de la plaie étant unis par des adhérences, on incise le kyste, on le vide, on met un drain à demeure et on panse au sublimé. Lavages quotidiens de la poche avec la solution de chlorure de zinc à 1/2 0/0. Le dixième jour, la poche ayant suppuré, on put l'extraire en totalité. La température se maintenant élevée en dépit des lavages antiseptiques, l'auteur, en sondant la plaie avec le doigt, reconnut une perforation du diaphragme et une poche pleurale. A partir de ce jour, guérison rapide. A. C.

IX. — Cette thèse peut être consultée pour les observations récentes, d'ailleurs en grande partie déjà publiées, qu'elle renferme ; elles sont au nombre de quarante. La réunion d'un aussi grand nombre de faits aurait pu servir de point de départ à une étude critique des plus intéressantes ; malheureusement ces observations ne sont même pas classées ; et s'il en est où l'incision de l'abcès a été faite au travers d'un péritoine dépourvu d'adhérences, il en est un fort grand nombre où celles-ci s'étaient produites et où la suppuration avait déjà envahi la paroi abdominale. Il n'est pas davantage question de l'incision de l'abcès en deux temps, pratiquée par plusieurs chirurgiens. Aussi l'auteur ne nous semble-t-il nullement fondé à affirmer, sur la seule autorité de Winslow, de Baltimore, qu'il n'y a pas lieu de s'occuper davantage de la présence que de l'absence des adhérences. De semblables assertions, si elles sont le résultat de l'examen attentif des faits, ont besoin d'être mieux appuyées et émises surtout avec plus de circonspection. P. B.

I. — Ein Fall von exstirpirter Wandermilz (Extirpation de rate flottante), par PROCHOWNICK (*Soc. méd. de Hambourg*, 21 *avril* 1885).

II. — Coup de pied sur le ventre. Mort 40 minutes après. Kystes de la rate, par LAFARGUE (*Gaz. hebd. des sc. méd. de Bordeaux*, n° 36, 6 *septembre*).

III. — The surgical treatment of cysts of the pancreas (Traitement des kystes du pancréas), par N. SENN (*Americ. journ. of med. sc.*, *juillet* 1885).

IV. — Primäre Echinococcen des Omentum majus (Hydatides du grand épiploon), par LIHOTSKY (*Soc. des méd. de Vienne*, 13 *mars* 1885).

V. — Beiträge zur Chirurgie der Bauchorgane (Contribution à la chirurgie des organes de l'abdomen), par Oscar WITZEL (*Deutsche Zeitschrift für Chirurgie, Band XXI, fasc.* 1 *et* 2, *p.* 139).

I. — Femme de 41 ans, ayant eu 15 accouchements et 4 fausses couches. Depuis le dernier avortement (novembre 1884), elle a des métrorragies abondantes. Elle se plaint, en outre, d'une sensation de pesanteur abdominale, de tension au côté gauche du thorax, de douleurs aux membres inférieurs. On reconnaît l'existence d'une rate flottante. Après d'infructueuses tentatives de contention de l'organe, l'auteur pratique la laparotomie et trouve la rate hypertrophiée, longue de 21 centimètres, épaisse de 15 centimètres, pourvue d'un

long pédicule et reposant dans le petit bassin. Ligature du pédicule. Sutures. Pas de réaction fébrile. Au bout de quelques semaines, l'opérée, qui semblait cachectisée avant l'intervention chirurgicale, est tellement améliorée que ses parents ont peine à la reconnaître. Elle peut marcher sans difficulté, n'a plus de douleurs de ventre et se félicite du résultat obtenu.

On n'a pas constaté de modification du sang avant l'opération. Légère augmentation des globules blancs au bout de quelques jours, puis retour à l'état normal. L. GALLIARD.

II. — Il s'agit d'un enfant de 11 ans qui, après avoir reçu un coup de pied sur le ventre, est pris d'une très vive douleur abdominale, d'une expectoration écumeuse et d'une syncope qui, en quelques minutes, est suivie de mort.

A l'autopsie, on constate : rate d'un volume énorme, bilobée, offrant une longueur de 35 centimètres, s'étendant de la fosse iliaque gauche jusqu'au cœur, après avoir fait distendre et remonter le diaphragme. D'une épaisseur de 15 centimètres, elle mesure 20 centimètres de largeur.

Placée directement sous la peau, elle est dure, ecchymosée dans une étendue de 10 centimètres; de haut en bas, au-dessous de cette ecchymose, et dans presque toute l'étendue de l'organe, on perçoit une fluctuation sensible, et, lorsqu'on enfonce un scalpel, il s'échappe un liquide limpide et abondant avec des hydatides.

La rate se trouve ainsi constituée par deux énormes kystes, dont le liquide est contenu dans deux poches très vastes, dont le tissu est blanc, dense et se détache facilement du tissu de la rate, au milieu duquel se sont développées ces tumeurs.

Le foie est aussi très volumineux et contient plusieurs kystes de même nature, dont quatre du volume d'un œuf de pigeon. Les autres organes sont sains.

Suivant l'auteur, la mort rapide par asphyxie syncopale que le traumatisme a occasionnée trouve son explication dans ce fait que le foie et la rate étant volumineux et malades, il y a eu retentissement par contact sur le cœur. OZENNE.

III. — Dans cet intéressant travail, Senn étudie une forme assez rare de tumeurs de l'abdomen : les kystes du pancréas, quoi qu'il n'en ait pu rassembler que 10 cas, y compris le suivant qui lui est personnel.

Jeune homme de 19 ans, précipité d'un wagon. Choc à terre sur le côté gauche de l'abdomen. La contusion détermine assez peu de désordres; le malade peut reprendre son travail. Quelques jours plus tard survient de la diarrhée qui dure 2 semaines ; à partir de ce moment, il note le développement d'une tumeur pour laquelle il entre à l'hôpital.

Le malade est très amaigri ; il a des vomissements fréquents. On trouve une tumeur occupant toute la région épigastrique et l'hypochondre gauche, fluctuante, arrondie, volumineuse (25 pouces de circonférence). L'estomac est distendu artificiellement par l'acide carbonique; on constate qu'il est rejeté à droite et comprimé par la tumeur. Foie normal. Pas d'ascite. Pas de frémissement hydatique.

Une ponction exploratrice donne un liquide visqueux, opalescent, alcalin et albumineux, contenant des cellules épithéliales, des leucocytes de la matière granuleuse. On diagnostique ou un kyste hydatique stérile ou un kyste du pancréas.

La laparotomie faite dans le flanc gauche, incision oblique le long du cartilage costal, fait reconnaître un volumineux kyste du pancréas dont on retire 3 quarts de liquide. La poche est suturée au péritoine pariétal et à la peau. Drainage. Pansement antiseptique. Guérison. Le malade a recouvré une santé parfaite.

Les autres cas similaires appartiennent à Kulenkampff *(Berl. klin.*

Woch. 13 fév. 1882), à Gussenbauer (voy. *R. S. M.*, XXII, 699), à Bozeman (*Med. Record.* 14 janv. 1872), à Rokitansky (*R. S. M.*, XX, 687), à Thiersch (*Berl. klin. Woch.* n° 40, 1881). Deux cas ont été trouvés par Recklinghausen dans le cours d'autopsie (*Arch. f. path. Anat.*, XXX).

L'auteur étudie longuement les conditions de formation de ces kystes, leur diagnostic différentiel, leur traitement et conclut ainsi :

1 Les kystes du pancréas sont de vrais kystes par rétention ;

2° Le rétrécissement cicatriciel du canal ou de ses branches, ou leur oblitération par des calculs sont les causes les plus ordinaires du développement de ces kystes ;

3° Le diagnostic certain est impossible ; le diagnostic de probabilité avec des tumeurs kystiques réclamant le même traitement est suffisant au point de vue de la détermination à prendre ;

4° La création d'une fistule pancréatique sous le pansement antiseptique est la meilleure opération à pratiquer pour le traitement de ces kystes. A. CARTAZ.

IV. — Les kystes hydatiques du grand épiploon sont très rares. Dans une statistique de 983 cas, Neisser n'en cite que 2.

Albert a opéré, en juillet 1881, un sujet porteur d'une tumeur ovoïde de l'abdomen dont il n'avait pas pu préciser le diagnostic, mais qui paraissait être un sarcome développé dans le feuillet postérieur de la gaine des muscles droits. Laparotomie : Il s'agit d'un kyste du grand épiploon adhérent à la paroi abdominale et à la vessie. La ponction fournit un litre de liquide clair contenant des crochets. Extirpation du kyste, suture, drainage. Le travail de réparation paraît d'abord normal, puis survient la suppuration de l'angle inférieur de la plaie, plus tard l'œdème du scrotum, la gangrène d'une partie de la peau des bourses, enfin une pneumonie. Le sujet part guéri le 24 septembre 1881. Il a été revu par l'auteur 3 ans après l'opération, bien portant.

L. GALLIARD.

V. — *Echinocoque du grand épiploon.*

J. Fischer, 10 ans, entrée le 21 juin 1882. Tumeur grosse, tendue, occupant le milieu de l'abdomen, peu mobile de droite à gauche. Les mouvements du diaphragme sont sans influence sur elle ; pas d'adhérences avec la paroi abdominale antérieure, ovale ; surface lisse, fluctuation obscure. Elle se termine en haut entre le nombril et l'appendice ensiforme ; entre elle et le foie, zone de sonorité à la percussion. Par le toucher rectal, on constate que les mouvements imprimés à la tumeur ne se communiquent pas à l'utérus.

On pense à un kyste ovarique, sans cependant se prononcer absolument, et, le 23 juin, on fait la laparotomie sans spray phéniqué.

Incision médiane au-dessous de l'ombilic ; il se présente un sac lisse, blanc, dur, et Trendelenburg suppose aussitôt qu'il s'agit d'un échinocoque. Ponction exploratrice, issue d'un liquide jaunâtre, clair ; suture du sac à la plaie cutanée. Ouverture du sac, issue de 1 litre de liquide et d'une membrane hydatique. Toilette du péritoine, parois du kyste fixées solidement à la paroi abdominale, introduction de 2 tubes à drainage moyen, pansement ouvert.

Le 29 juillet, il ne reste plus qu'une fistule. Quelques mois plus tard, la malade, complètement guérie, n'a plus qu'une petite cicatrice.

Il est probable que l'on a eu à faire à un acéphalocyste, et, d'après ce que l'on a pu constater, que son siège se trouvait dans l'épiploon.

D'autres auteurs ont constaté des échinocoques de l'épiploon. Foerster, Rokitansky, Devaesser, Thornton, Sp. Wells et A. Rings rapportent des cas de kystes hydatiques multiples de cet organe.

L'auteur relate ensuite une observation de cholécystotomie (voy. *R. S. M.*, XXVI, 236). EDELMANN.

I. — Des pseudo-étranglements par péritonite primitive, par H. POUPON (*Thèse de Paris*, 1885).

II. — L'iléus et son traitement par les lavages de l'estomac, par A. BARDELEBEN (*Berlin. klin. Wochenschr.*, nos 25 *et* 26, 1885).

III. — Magenausspülung bei Ileus (Lavage de l'estomac dans l'iléus), par PETERS (*St-Petersb. med. Wochenschrift*, n° 8, 1885).

IV. — The operation treatment of intestinal obstruction, par Frederick TREVES (*Brit. med. journ., p.* 387, *août* 1885).

V. — The operation treatment of acute intestinal obstruction, par J. Greig SMITH (*Ibidem, p.* 390, 1885).

VI. — The treatment of intestinal obstruction, par W. Mayo ROBSON (*Ibidem, p.* 392, 1885).

VII. — Étranglement interne par une bride située au niveau du cordon fibreux de l'artère ombilicale. Laparotomie dans la région iliaque ; dégagement de l'intestin. Guérison, par POLAILLON (*Gaz. méd. de Paris*, 25 *avril* 1885).

VIII. — De l'occlusion intestinale produite par la rotation de l'intestin et en particulier par celle de l'intestin grêle, par LÉVÊQUE (*Thèse de Paris*, 1885).

IX. — De l'effet d'un purgatif chez un malade atteint de rétrécissement intestinal, par NICAISE (*France médicale*, 16 *avril* 1885).

X. — Incarceratio interna inter Catamenia (Étranglement interne par une bride congénitale occupant la place du rein droit absent), par HENNIG (*Berlin. klin. Wochens.*, n° 9, *p.* 142, 3 *mars* 1884).

XI. — Die Enterostenosen in ihrer Beziehung zur Gravidität und Geburt (Les entérosténoses dans leurs rapports avec la grossesse et la parturition), par G. BRAUN (*Wiener mediz. Wochenschrift*, 1885).

XII. — Rétrécissement cicatriciel de la valvule iléo-cœcale, colotomie, par Carl MAYDL (*Allegemeine Wiener med. Zeit.* n° 41, 1885).

XIII. — Cases of malignant disease of the cœcum (Deux cas de cancer du cœcum), par J.-S. BRISTOWE (*Med. Times and Gaz.*, 4 *juillet* 1885).

XIV. — Case of intestinal obstruction caused by the vermiform appendix : abdominal section, recovery, par R. PUGHE (*Brit. med. journ., p.* 392, *août* 1885).

XV. — Removal of a calculus from the vermiform appendix (Typhlite causée par un calcul de l'appendice vermiculaire, ablation), par Charters SYMONDS (*Brit. med. journ., p.* 992, *mai* 1885).

XVI — Colotomy with delayed opening of the bowel (Colotomie avec ouverture retardée de l'intestin), par G.-H. HUME (*Brit. med. journ., p.* 940, *mai* 1885).

XVII. — Lumbar colotomy for intestinal obstruction, par H. MORRIS (*Med. Times, p.* 46, 10 *janvier* 1885).

XVIII. — Colotomie wegen Carcinoma Recti (Colotomie pour le cancer rectal), par MADELUNG (*Berliner klinische Wochens.*, 16 *juin* 1884).

XIX. — The limitations of colotomy in diseases of the rectum (**Indications de la colotomie dans les maladies du rectum**), par **Ch.-B. KELSEY** (*Americ. journ. of med. sc., octobre* 1885).

I. — L'auteur ne s'occupe que des accidents simulant l'étranglement survenus au cours d'une péritonite protopathique ; il laisse donc de côté les péritonites par perforation qui s'accompagnent de phénomènes d'occlusion. Voici les conclusions auxquelles il arrive :

Lorsqu'on a pu, par l'autopsie, ou au cours d'une laparotomie, examiner les lésions de ces pseudo-étranglements, on n'a trouvé que les caractères anatomiques de la péritonite, mais aucun obstacle mécanique réel au cours des matières. Et néanmoins les malades avaient présenté les phénomènes suivants : douleurs abdominales très violentes, vomissements bilieux et même quelquefois fécaloïdes, arrêt des matières, absence d'émissions gazeuses par l'anus, météorisme modéré, facies grippé, petitesse et fréquence du pouls, aphonie, oligurie, refroidissement des extrémités, anxiété extrême; il faut y joindre l'élévation de la température, le seul caractère peut-être qui permette de distinguer avec quelque certitude un pseudo-étranglement par péritonite d'une occlusion intestinale véritable. Comme autre moyen de diagnostic, Poupon signale la moins grande fréquence des vomissements de matières intestinales, dans ces pseudo-étranglements, la moindre distension du ventre, les anses intestinales se dessinant rarement au travers de la paroi abdominale ; le pouls petit et serré dès le début. Les vomissements fécaloïdes sont d'une observation relativement rare dans ces faits (environ la moitié des cas).

Il y a plusieurs formes de pseudo-étranglements péritonitiques : suivant l'acuité on distingue des formes suraiguës, aiguës, subaiguës. Au début, fait suite une période d'obstruction qui est suivie d'une courte période de terminaison avec symptômes cholériformes, si la maladie conduit à la mort. La convalescence est au contraire fort longue. L'auteur a noté la terminaison fatale dans le quart des cas. La durée de la période d'obstruction varie entre trois et dix jours environ, suivant l'acuité des cas ; on voit qu'elle ne présente guère de limites fixes.

Passant sous silence l'interprétation un peu théorique que Poupon assigne à ces désordres, nous relevons comme indication le rétablissement du cours des matières et pour la remplir deux moyens : l'électrisation, et surtout le lavement électrique, tel que le donne Boudet de Pâris, d'abord ; le lavage de l'estomac par la méthode de Kussmaul et Senator ensuite. L'anus contre nature ne doit être pratiqué que dans les cas extrêmes (à notre avis il ne devrait jamais être pratiqué si le diagnostic pouvait être porté avec une certitude absolue). L'auteur s'élève avec raison contre l'abus des purgatifs qui sont plus nuisibles qu'utiles ; mais il ne dit pas un mot de l'usage de l'opium qui est pourtant le seul agent médicamenteux dont l'action soit efficace en pareil cas.

Dix-huit observations et un index bibliographique complètent cette intéressante étude.

II. — Bardeleben a employé les lavages de l'estomac dans tous les cas d'iléus qu'il a eu à traiter récemment ; malheureusement si l'emploi de ce moyen fait disparaître presque tous les symptômes de l'étrangle-

ment, il n'a dans aucun de ces cas donné d'amélioration durable. On peut même lui reprocher d'amener le chirurgien à laisser passer, à cause de cette rémission temporaire, le moment favorable à l'intervention.

Dans deux cas où la laparotomie fut faite hâtivement, sans avoir été précédée de lavages, les malades guérirent, l'un d'un étranglement par bride, l'autre d'un volvulus maintenu par des adhésions péritonéales. Dans deux autres cas, les lavages retardèrent l'opération et la mort survint; dans l'un d'eux il s'agissait encore d'un étranglement par bride; dans l'autre, l'obstacle ne put être découvert et on fit un anus contre nature. Enfin les lavages furent faits dans trois cas (deux de péritonite par perforation, un de péritonite cancéreuse généralisée) où il n'y avait pas d'étranglement véritable.

On doit adopter pour les étranglements internes les règles reçues en cas de hernies étranglées. On opère souvent trop tard; on ne saurait opérer trop tôt. La laparotomie en elle-même n'est pas à craindre.

Dans la discussion qui suivit cette communication, plusieurs membres de la société prirent la parole. Küster appuya les propositions émises par Bardeleben.

Hahn rejette aussi les lavages de l'estomac, fondé sur une expérience de 12 faits traités par la laparotomie où la méthode de Kussmaul serait inévitablement restée sans résultat (cette statistique comprend 4 rétrécissements étroits de l'intestin, 1 carcinose péritonéale, 4 étranglements internes par rotation du côlon, kyste sanguin du mésentère, hernie obturatrice, enfin 3 réductions en masse de hernies).

Henoch, au contraire, admet dans les cas obscurs l'emploi des lavages tant que l'état général du malade se maintient. J. Wolff se déclare également partisan de cette méthode qui prépare tout au moins favorablement à l'opération en débarrassant l'estomac.

V. Bergmann a vu deux malades succomber à l'introduction de corps étrangers dans les voies aériennes pendant les lavages; ils moururent de pneumonie, guéris l'un d'un étranglement herniaire, l'autre d'une obstruction par calcul intestinal. Il n'admet pas l'innocuité de la laparotomie et pense que l'accès de l'air dans un péritoine déjà enflammé en provoque aisément la suppuration.

Senator affirme, enfin, que sur son malade guéri par le lavage de l'estomac les injections d'eau glacée dans le rectum avaient échoué. L'obstacle n'était donc pas dû à une accumulation de fèces dans le gros intestin.

PAUL BERGER.

III. — Il s'agit d'un homme, âgé de 50 ans, souffrant de diarrhée chronique depuis dix ans, qui fut pris subitement d'accidents d'occlusion intestinale; sept ans, puis cinq ans auparavant, il avait déjà présenté, à diverses reprises, une constipation opiniâtre, qui avait cédé à l'emploi des purgatifs, mais qui la dernière fois résista aux purgatifs et lavements répétés. Depuis six jours, il n'avait eu aucune selle et, depuis trois jours, il avait des vomissements fécaloïdes, lorsqu'on essaya chez lui le lavage de l'estomac; les vomissements cessèrent bientôt et le surlendemain il se produisit une véritable débâcle intestinale. Cet individu succomba quelque temps après à des accidents cérébraux, vraisemblablement déterminés par une embolie, car l'autopsie ne put être faite.

L'auteur pense qu'il s'agissait dans ce cas d'ulcères chroniques de

l'intestin au niveau desquels le calibre du tube intestinal était plus ou moins rétréci ; c'est à la suite d'irritations mécaniques, dues en partie à l'emploi des purgatifs, qu'avait dû se produire une véritable sténose par contraction spasmodique de l'intestin.

Si le lavage de l'estomac n'est pas seul à avoir produit la guérison, il n'en est pas moins vrai qu'après chaque lavage les vomissements cessaient, et que le malade se trouvait beaucoup mieux, et demandait alors à manger. Non seulement l'estomac, mais une partie de l'intestin grêle se vidaient de leur contenu par la sonde à chaque opération, en même temps que l'abdomen était beaucoup moins douloureux et moins ballonné.

Ce procédé est donc à recommander comme moyen palliatif dans bien des cas d'occlusion intestinale. W. ŒTTINGER.

IV. — D'après Treves, il y aurait lieu de distinguer, au point de vue opératoire, trois variétés d'occlusion intestinale.

1° *Étranglement analogue à une hernie* (ileus, brides péritonéales, etc.). — En ce cas, la première indication est d'immobiliser l'intestin avec de l'opium, et de pratiquer la laparotomie de très bonne heure, dans les premières vingt-quatre heures si possible. Il ne faut pas plus différer l'opération que dans le cas d'une hernie étranglée ayant résisté au taxis. L'incision doit être grande, de l'ombilic au pubis, et faite sous le nuage phéniqué. La main préalablement phéniquée est introduite dans l'abdomen, et dirigée vers le cœcum : s'il est flasque, c'est que l'obstruction siège sur l'intestin grêle. On explore ensuite la fosse iliaque droite, puis la gauche, en suivant les anses intestinales, et pour cela, en tendant le mésentère. Une fois l'obstacle trouvé, on sectionne la bride, ou on l'excise après avoir examiné l'état de l'intestin ; à la moindre menace de gangrène, réséquer et faire l'anus artificiel. Dans les conditions ordinaires, refermer l'abdomen par une suture profonde, sans y établir de drain à demeure.

2° *Volvulus*. — L'auteur proscrit les lavements, qui resserrent la torsion de l'S iliaque au lieu de la dérouler. Il conseille de faire la laparotomie sur la ligne médiane et de ponctionner l'anse distendue de manière à faciliter la réduction, qui parfois s'opère d'elle-même. Si elle ne s'accomplit pas, il faut inciser l'anse au sommet de sa courbe, évacuer le contenu de l'intestin, et pratiquer un anus artificiel en se servant de l'ouverture faite par l'incision. Dans cette forme d'occlusion intestinale, il faut intervenir très vite, à cause de la rapidité de la péritonite.

3° *Invagination*. — Plus fréquemment que les variétés précédentes, elle peut guérir par le repos et les moyens médicaux (opium, belladone, etc.). Il faut donc commencer par là le traitement, mais, au bout de douze heures, se décider à intervenir, d'abord par des lavements, ou par insufflation rectale. Si l'anse invaginée reste immobile et irréductible, il faut encore faire la laparotomie au plus tard dans les quarante-huit heures à partir du début des accidents. La réduction est en général facile.

V. — Greig Smith oppose des objections sérieuses aux assertions précédentes. Tout d'abord, il nie qu'il soit facile d'explorer les anses intestinales avec la main, même en manœuvrant suivant les préceptes de Treves ; pour lui, le vrai procédé consiste à sortir les anses intesti-

nales et à les déployer successivement hors de la plaie, en contrôlant les sensations du doigt par celles de la vue. En second lieu, il soutient qu'il faut toujours vider le contenu de l'intestin, et ne le laisser jamais distendre par des gaz ou par des matières ; si cette opération ne peut être faite, on doit pratiquer l'anus artificiel.

VI. — Les conclusions de Mayo Robson sont les suivantes :

Dans les obstructions intestinales subaiguës et surtout chroniques, s'adresser au traitement médical : belladone, électrisation, massage, etc.

Dans les cas aigus, immobiliser d'abord l'intestin par de l'opium, et recourir rapidement à la laparotomie, d'une part, pour préciser le diagnostic ; d'autre part, pour lever l'étranglement ; si l'on ne peut le découvrir, on peut encore soulager le malade et même le sauver en pratiquant un anus artificiel au-dessus du point étranglé. H. R.

VII. — Jeune homme de 17 ans, atteint depuis huit jours d'accidents d'étranglement interne. Les anneaux inguinaux sont libres, bien que le malade affirme que depuis huit mois il portait à droite une hernie du volume d'un œuf de pigeon ; aussi dans l'hypothèse d'une hernie droite, réduite en masse, l'incision abdominale est faite dans la région iliaque, à deux travers de doigt au-dessus de l'aîne et parallèlement à l'arcade. Les premières recherches montrent que les anneaux sont libres et qu'il n'existe aucune hernie, mais qu'une anse intestinale, d'une longueur de 25 centimètres, est fortement distendue, congestionnée et offre une teinte violacée, noirâtre. Les limites de cette anse présentaient un rétrécissement très marqué, au niveau duquel existaient des taches ecchymotiques sous-péritonéales et un petit sillon linéaire ressemblant à un coup d'ongle. Quant à l'agent de l'étranglement, produit par une vive arête, il n'était autre qu'un repli falciforme, formé par une bride qui se dirigeait de la région inguinale gauche vers l'ombilic et formait une saillie tranchante. Après lavage et réduction de l'intestin, la plaie fut suturée et recouverte d'un pansement phéniqué ; un mois après la guérison était complète. OZENNE.

VIII. — Après avoir prouvé par des expériences et des faits que la torsion seule de l'intestin n'est pas suffisante pour produire un étranglement interne, Lévêque établit d'abord que la déchirure du mésentère est la cause prochaine de la torsion, et que celle-ci une fois produite et déterminant un rétrécissement du calibre de l'intestin, la stase des matières fécales survient et cause l'étranglement.

Dans le volvulus et l'enroulement de l'intestin, s'il n'y a pas une diminution notable du calibre de l'organe, l'étranglement n'a pas lieu et l'on n'observe que des troubles intestinaux ; mais si cette condition est remplie, l'occlusion rotatoire s'établit. OZENNE.

IX. — Il s'agit d'un homme de 45 ans qui avait été opéré en 1875 d'une hernie inguinale droite étranglée. Depuis ce temps, il était sujet à des vomissements et à de la diarrhée ; il éprouvait aussi de temps à autre des coliques atroces. En octobre 1880, à la suite de vomissements plus abondants que de coutume, il prit 30 grammes d'huile de ricin. Une heure après l'injestion de ce purgatif, le malade eut une selle. Quatre ou cinq heures plus tard survenaient des vomissements et de la dyspnée. Les matières vomies, très abondantes, offraient une coloration verdâtre. Elles étaient d'odeur intestinale, et étaient constituées par du liquide renfermant quelques débris alimentaires.

Bientôt l'état général s'aggrave ; les extrémités se refroidissent, le facies se grippe : le tableau est celui d'une obstruction intestinale suraiguë. A six heures du soir, Nicaise pratique l'entérotomie de Nélaton. Il s'écoule des flots de liquide aqueux, sale, jaunâtre, ayant à peine l'odeur intestinale et conte-

nant quelques pellicules de raisin et de haricot. L'état général continue à s'aggraver et la mort survient le lendemain matin.

Autopsie. — On trouve dans l'intestin grêle un rétrécissement considérable qui siège à $3^{m},10$ du pylore. Le bout supérieur est dilaté de façon à former une ampoule considérable. L'incision faite pour l'établissement de l'anus artificiel est située à 20 centimètres au-dessus. Il est probable qu'en opérant le malade pour sa hernie étranglée, on avait réduit une anse d'intestin dont les deux parties étaient accolées ensemble. D'où gène dans la circulation des matières au niveau du coude de l'anse, et dilatation progressive du bout supérieur.

Le purgatif administré intempestivement dans ce cas paraît avoir déterminé une hypersécrétion intestinale considérable. Il a aussi excité les contractions de l'intestin, qui ont poussé tous les débris alimentaires dans l'ampoule et ont amené la distension de celle-ci. A ces mauvais effets, il faut encore ajouter l'action dépressive exercée sur le système nerveux.

L'auteur conclut que, dans des cas de ce genre, les purgatifs ne peuvent qu'être nuisibles. L'évacuation et le lavage de l'estomac sont de beaucoup préférables. G. DECAISNE.

X. — A la suite d'un violent refroidissement, la malade fut prise de coliques intenses et d'un point de côté gauche du thorax. Outre la présence d'un épanchement pleural, on constata, du côté droit de l'hypogastre, l'existence d'un cordon se dirigeant presque horizontalement en dehors. En même temps, l'écoulement menstruel commençait, en avance de huit jours.

Dès le lendemain, le cul-de-sac de Douglas était plein de liquide. A la suite d'un bain chaud, la malade eut un frisson prolongé, des douleurs de plus en plus vives, puis un refroidissement des extrémités, quelques nausées sans vomissements, et elle succomba dans le collapsus à minuit.

Autopsie.—Demi-litre de sang fluide dans la cavité pleurale gauche et deux litres du même liquide dans la cavité péritonale. Le rein gauche a le double de son volume normal; il est exsangue ainsi que le foie. Pas trace de rein droit. A la place de ce dernier, on trouve six anses intestinales agglutinées par du sang coagulé et remplies de sang liquide. Ces anses grêles se sont insinuées en arrière d'une bride jaunâtre longue de un demi-centimètre, épaisse de un demi-centimètre, qui fixe le côlon iliaque à une anse grêle. L'anse grêle étranglée a une hauteur de quatre centimètres. Une sorte de mésentère réunit la bride au bord droit de l'utérus.

Nulle part de vestige d'ancienne péritonite. Utérus allongé et un peu épaissi; le ventre adhère entièrement à la paroi pelvienne. Trompe droite très flexueuse, partout adhérente et affaissée; elle est oblitérée au niveau de son orifice abdominal. Ovaire droit atrophié.

Hennig pense qu'il s'agit ici d'un ligament anormal d'origine congénitale d'un diverticule de Meckel, qui a déterminé successivement le déplacement de l'S iliaque, l'atrophie de l'ovaire droit, l'oblitération de la trompe et empêché le développement du rein droit. J. B.

XI. — L'auteur cite l'observation d'une femme âgée de 34 ans, enceinte pour la neuvième fois et présentant vers le terme de sa grossesse quelques symptômes d'obstruction intestinale pour lesquels elle entre à l'hôpital. Déjà, vers le milieu de sa grossesse, cette femme avait présenté une fois une constipation tenace avec tympanisme et douleur abdominale. Lors de son entrée à l'hôpital; le tympanisme, les coliques, la constipation devinrent très intenses, sans vomissements. Au bout de quelques jours, la femme accoucha d'un enfant mort-né à terme, et vingt-quatre heures après elle mourut dans le collapsus. A l'autopsie, on trouva un litre environ de liquide sanguino-purulent dans la cavité abdominale et l'S iliaque contourné plusieurs fois autour de son axe. Pour Braun, ces volvulus seraient dus à l'accumulation

répétée de matières fécales dans l'S sous l'influence de la compression du rectum par l'utérus gravide, volvulus que favorisait encore un mésentère exceptionnellement long. Il ajoute que les volvulus sont très rares pendant la grossesse et la parturition. Il n'a observé que ce seul cas sur un nombre d'environ 60,000. M. SCHACHMANN.

XII. — Chez une femme de 24 ans, présentant tous les signes d'un étranglement interne on trouve au-dessous du rein droit une masse inodulaire, ferme, du volume d'un poing, dont on ne peut préciser la nature. L'obstruction semblait résulter de la présence de cette tumeur. Pour remédier aux accidents Maydl pratique un anus artificiel. Mais la malade, une fois remise des accidents aigus, demande à être débarrassée de cette infirmité. L'auteur pratiqua alors la résection de la portion de l'intestin grêle sur lequel avait été ouvert l'anus, puis de la partie cæcale rétrécie et sutura l'iléon au gros intestin Quatre semaines après la malade était guérie. Il s'agissait d'un rétrécissement cicatriciel au niveau de la valvule iléo-cæcale. A. C.

XIII. — B..., 53 ans, admis à l'hôpital le 21 novembre 1883. Une tumeur dure et douloureuse occupe la partie lombaire droite et s'étend depuis la partie antérieure de la crête iliaque jusqu'à un point situé un peu au-dessous de l'épine iliaque antérieure et supérieure. On ne peut cependant en préciser exactement les limites, à cause de la sensibilité de la région. Une ligne sonore la sépare du bord inférieur des côtes. Les autres organes abdominaux paraissent sains; les fonctions intestinales sont régulières; les jambes sont œdématiées. Température, 37,2.

28 *novembre*. La tumeur est plus volumineuse et plus molle. Une ponction exploratrice, pratiquée sur son point le plus saillant, démontre qu'elle est constituée par une anse intestinale, probablement le cœcum, et qu'elle est recouverte superficiellement par un abcès contenant du pus de bonne nature. Depuis un jour ou deux le malade a de la diarrhée; les matières ont une odeur très forte, et contiennent parfois des caillots sanguins. La diarrhée continue jusqu'à la fin. L'abcès, ayant augmenté de volume, est ouvert le 4 décembre. Le malade succomba deux jours après.

Autopsie. — Il existe de nombreuses adhérences entre le cœcum, les anses intestinales voisines et les parois abdominales; en avant de la masse on trouve un abcès superficiel, de forme irrégulière et qui envoie de nombreux prolongements entre les adhérences. Le cœcum avait été évidemment le siège primitif de la maladie. Ses parois, particulièrement celles qui avoisinent la valvule iléo-cœcale, sont épaisses et rigides. De là le néoplasme s'étend au tissu conjonctif et aux muscles de la fosse iliaque. Les os du bassin sont sains. L'orifice de la valvule iléo-cœcale est légèrement rétréci, la muqueuse du cœcum est fortement congestionnée, ulcérée et granuleuse. La partie inférieure de l'iléon est épaissie par des dépôts inflammatoires.

Frances T..., 66 ans, admise le 25 février 1884. Dans le côté droit de l'abdomen, on découvre une tumeur dure, ovoïde, plus ou moins bosselée et douloureuse, du volume d'une grosse orange. En avant elle s'étend jusqu'à l'ombilic, en haut, jusqu'aux fosses côtes; en bas elle descend un peu au dessous de la crête iliaque. Elle est assez mobile, mais on ne peut la refouler dans la région rénale. Elle est légèrement sonore à la percussion et une ligne de sonorité très prononcée existe sur ses bords antérieur et inférieur. Diagnostic : tumeur cancéreuse du péritoine ou des glandes mésentériques situées dans le voisinage de l'extrémité inférieure de l'iléon.

La tumeur augmenta lentement de volume et on pratiqua une ponction exploratrice, le 15 juillet, à 5 centimètres de la surface et après avoir traversé un tissu très dense, l'aiguille pénétra dans l'intestin. Le 3 août un petit abcès se développa au niveau de la ponction. Cet abcès s'ouvrit spontanément le 27 août. La malade succomba le 17 septembre.

Autopsie.— L'abcès siège dans le tissu cellulaire sous-cutané et ne communique pas avec la cavité abdominale. Dans la fosse iliaque droite, le grand épiploon est adhérent et recouvre le cœcum : celui-ci a contracté des adhérences avec les organes voisins. Ces adhérences sont faibles et contiennent de nombreux noyaux blancs et durs. Les parois du cœcum présentent les mêmes lésions que dans le cas précédent, mais la valvule iléo cœcale est saine et il n'existe aucun obstacle au cours des matières dans l'intestin.

J.-B. H.

XIV. — Enfant de 6 ans, habituellement constipé, dernières garde-robes le 5 juillet. Le lendemain, douleurs, vomissements, signes d'obstruction intestinale : on le conduit à l'hôpital. L'exploration du ventre montre de la résistance et une douleur plus vive dans la fosse iliaque droite. Un lavement est resté sans effet (opium et belladone 0gr,02 toutes les quatre heures). Le lendemain, l'apparence d'une typhlite est remplacée par une invagination intestinale. L'état général devenant mauvais, l'opération est décidée

La laparotomie antiseptique est pratiquée. On tombe sur une anse intestinale distendue et congestionnée qui appartient à l'intestin grêle au voisinage du cœcum. Une bride serrée entoure cette anse et est reconnue constituée par l'appendice vermiculaire anormalement placé. Après l'avoir sectionné entre deux ligatures, on voit l'intestin reprendre son calibre normal et l'étranglement est levé. Suture abdominale sans drainage consécutif. Injection sous-cutanée de morphine immédiatement après l'opération, et diète rigoureuse pendant six jours (seulement un peu de thé, de bœuf et de lait). Guérison complète sans aucune complication. H. R.

XV. — Homme de 23 ans, atteint en 1882 d'un fièvre typhoïde. En janvier 1883, il éprouve tous les signes d'un typhlite aiguë grave qui le force à rester au lit pendant trois semaines. Bientôt après, il remarque qu'il existe dans la région iliaque droite une sorte de noyau dur, analogue à un marron, tantôt indolent, parfois douloureux. Depuis sa maladie, il est sujet à des crises douloureuses qui partent de la région cœcale et durent deux à trois jours. Ces crises, d'abord éloignées, se rapprochent de plus en plus et le forcent à rentrer à l'hôpital. On constate la présence d'une petite tumeur dure, parallèle à l'arcade de Fallope, légèrement sensible à la pression. Sous l'influence du repos et d'un régime laxatif, amélioration rapide, mais récidive dès que, sorti de l'hôpital, il se remet à marcher; la tumeur semble augmenter de volume. Ces alternatives de mieux et d'aggravation font penser qu'il existe, au niveau de l'appendice ou du cœcum, une cause persistante d'irritation, et l'on songe à une opération, pour enlever ce qui semble être une concrétion solide au milieu d'un abcès.

Le 24 août, une incision curviligne est conduite, avec toutes les précautions antiseptiques, parallèlement au ligament de Poupart, le centre de l'incision correspondant à la position de la tumenr. Cela fait, une incision verticale au niveau de la tumeur mit à nu un calcul. Il fut alors visible que l'on avait ouvert l'appendice iléo-cœcal; mais, contrairement à ce que l'on aurait pu craindre, il n'existait plus de communication entre l'appendice et le cœcum, ce que démontra l'exploration par la sonde. Le calcul, d'ailleurs, n'était point entouré de pus ni de matière fécale. La suture de l'appendice fut faite avec des fils d'argent et la plaie refermée. Ceci faillit avoir des suites graves, car, au bout de quelques jours, se déclarèrent des phénomènes de péritonite localisée qui aboutirent à l'évacuation d'une notable quantité de pus. La plaie fut alors drainée, et, à partir de ce moment, les choses marchèrent régulièrement jusqu'à la guérison.

Le calcul était constitué par des sels de chaux entourant un noyau dur de matière fécale. H. R.

XVI.—L'auteur a eu l'occasion d'apprécier les préceptes de Davies Colley

(*Soc. clin. de Londres*, 13 mars 1885) sur la colotomie faite en deux temps.

Sur un premier malade, âgé de 36 ans, souffrant d'une tumeur intrapelvienne qui obstruait complètement le rectum, il pratiqua, le 17 mars, le premier temps de la colotomie : une incision oblique sur l'intestin à nu, et des points de suture fixèrent l'anse du côlon à la paroi abdominale. L'opération et le pansement furent faits antiseptiquement, et les choses laissées en place jusqu'au 22 mars. On trouva la plaie en voie de cicatrisation, sauf au point correspondant à la suture intestinale; des adhérences solides existaient déjà à ce niveau. L'ouverture de l'intestin se fit sans difficulté et sans complications ultérieures d'aucune sorte.

Le second malade était un homme de 36 ans, également atteint d'un cancer du rectum. L'opération fut faite identiquement de la même manière ; l'incision et la suture le 20 janvier, et l'ouverture de l'intestin cinq jours après, au grand bénéfice du malade, qui n'a pas eu à guérir difficilement sa plaie abdominale, irritée par la présence des matières fécales. H. R.

XVII. — Obs. 1re. — Femme, 53 ans, souffre depuis dix-sept mois de constipation. En décembre 1883, et au printemps de 1884, obstruction complète durant quelques jours; depuis, difficulté extrême pour l'expulsion des matières fécales. Depuis une quinzaine de jours, pas de selles. Abdomen distendu, tympanisé, douloureux ; pas de signes de péritonite; vomissements fréquents, peau froide; rien d'anormal dans le rectum. On pratique la colotomie lombaire gauche : le côlon est presque entièrement entouré par le péritoine. Après l'opération, les matières s'échappent par la plaie lombaire, et, les jours suivants, passent par la même voie; convalescence rapide. La cause de l'obstruction est douteuse. Un confrère avait trouvé une obstruction de l'intestin, quelques pouces au-dessus de l'anus, et la considérait de nature maligne. Morris n'a pu la constater.

Obs. 2e. — Femme, 50 ans ; hémorragies par l'anus; ténesme et diarrhée fréquents ; matières moulées, du calibre d'un crayon. A un premier examen sous le chloroforme, on trouve, sur la paroi antérieure et droite du rectum, un épithélioma s'élevant à 2 pouces au-dessus de l'anus. On décide l'excision de l'anus et du rectum. Avant de commencer l'opération, tandis qu'on explorait la tumeur déjà reconnue, la malade, endormie, est prise de vomissements, et, dans les efforts qui abaissaient son rectum, on perçut un anneau, de nature probablement maligne, situé au-dessus de l'épithélioma de l'anus et de la portion adjacente du rectum. La colotomie ne fut pas acceptée par la malade.

L'auteur fait remarquer combien sont rares les cas justiciables de l'excision de l'anus et de la partie inférieure du rectum; il n'a pratiqué que deux fois cette opération, et avec succès.

La colotomie lombaire est préférable à la colotomie inguinale, car le péritoine n'est pas intéressé; le drainage est parfait et l'anus est mieux placé. Morris donne ensuite une liste complète de tous les cas (23) de colotomie qu'il a pratiqués jusqu'à la fin de 1883.

8 opérés de cancer ont survécu : 1 mois, 1 mois 1/2, 3 mois, 7 mois ; 2 sont encore vivants, 1 mois 1/2 et 8 mois après l'opération; 1 opéré n'a pas été revu. 6 opérés pour des affections non cancéreuses ont survécu 3 ans et 3 mois (papillome de l'anus); 2 mois et 4 jours (syphilis, mort de broncho-pneumonie) ; 5 ans (syphilis; vit encore) ; 2 ans 1/2 (tumeur du bassin; mort d'affection cérébrale); 21 mois (tumeur du bassin ; vit encore). MAUBRAC.

XVIII. — Madelung a modifié de la façon suivante la colotomie du

cancer rectal. Au lieu de se contenter de pratiquer une fenêtre dans le côlon, il coupe celui-ci en travers, ne suture dans la plaie abdominale que le bout supérieur de l'intestin, et abandonne l'autre bout, une fois fermé, dans la cavité abdominale. J. B.

XIX. — Pour l'auteur, la colotomie est indiquée dans les conditions suivantes :

1° Malformations congénitales de l'anus ou du rectum chez l'enfant, quand les recherches par le périnée ont été infructueuses;

2° Fistules viscéro-intestinales;

3° Tumeurs obstruant le rectum, quand on ne peut remédier à l'obstruction par aucun des moyens; dilatation, divulsion, électrolyse;

4° Rétrécissement non cancéreux, simple ou spécifique, et ulcération du rectum, si la proctotomie, la dilatation n'amènent pas de soulagement;

5° Cancer, si l'ablation ne peut être pratiquée ou le passage rétabli, quand on a des menaces de mort par obstruction et que l'opération ne risque pas d'aggraver l'état du malade;

6° Dans le volvulus ou l'intussusception du côlon ou de l'S iliaque, quand on n'aura pu lever l'obstacle avec la laparotomie. A. C.

I. — Discussion on the indications for laparotomy in penetrating stab and shot wounds of the abdominal cavity (Indications de la laparotomie dans les plaies pénétrantes de l'abdomen par instruments tranchants et coups de feu) (*New York Academy of med.*, 14 *décembre* 1885).

II. — Penetrating pistol-shot wound of abdomen, laparotomy (Laparotomie pour plaie pénétrante de l'abdomen), par John-B. HAMILTON (*Journ. of Americ. Assoc.*, 22 *août* 1885).

III. — De la plaie de l'estomac par arme à feu, par MASINGUE (*Thèse de Paris*, 1885).

IV. — Ein Fall von Perforationsperitonitis, Laparotomie (Péritonite par perforation intestinale, laparotomie), par OBERST (*Cent. f. Chir.*, 16 *mai* 1885).

V. — Du traitement de certaines péritonites par la laparotomie, par HEYDENREICH (*Semaine méd.*, 22 *juillet* 1885).

VI. — Observations on the medical and surgical treatment of acute peritonitis (Traitement de la péritonite aiguë), par E. Herring BURCHARD (*New York med. journ.*, 15 *août* 1885).

VII. — Ueber das Fehlen des Erbrechens bei der Peritonitis (Sur l'absence des vomissements dans la péritonite par perforation stomacale), par EBSTEIN (*Wiener mediz. Blaetter*, 1885).

I. — La discussion qui a eu lieu à l'Académie de New-York sur ce sujet n'a pas abouti à des conclusions formelles; les avis sont un peu partagés.

Joseph D. Bryant est un partisan convaincu de la laparotomie faite immédiatement après l'accident; cette laparotomie peut être exploratrice, c'est-à-dire que le ventre sera ouvert sur une longueur suffisante pour s'assurer de la pénétration d'un viscère, de l'existence d'une hémorragie, etc., ou elle peut être complète, une fois ces points déterminés.

Il ne croit pas que cette incision exploratrice expose le malade à de plus grands dangers.

J. Williston Wright distingue, au point de vue de l'intervention, les cas de plaie par de très petits projectiles (pour lesquels il est d'avis de ne pas intervenir, à moins d'indications particulières) et les cas de blessures par projectiles de fort calibre; dans ce dernier cas, la laparotomie doit être faite et de suite. De même, pour les plaies par instruments tranchants, il émet des réserves et il est des cas, même avec hernie épiploïque, où l'expectation doit être la règle.

Robert P. Weir partage l'avis de Wright; mais il croit sage de faire une incision exploratrice, quand on ne peut décider si le choc traumatique est le résultat ou non d'une hémorragie.

A. Post dit que, lorsqu'il y a eu épanchement de matières fécales, on doit toujours faire la laparotomie et nettoyer la cavité abdominale. A. C.

II. — Un Mulâtre de 19 ans reçoit le 11 juillet dans le ventre un coup de pistolet calibre 32.

L'auteur voit le blessé deux heures après l'accident; entrée du projectile un pouce au-dessus et à droite de l'ombilic; une sonde flexible de Nélaton pénètre par cet orifice dans la cavité abdominale.

Le malade est endormi aussitôt (éther) et la laparotomie pratiquée. Les intestins sont tirés au dehors, anse par anse et les plaies fermées par la suture de Lembert. On trouve onze plaies de l'intestin grêle et deux du côlon ascendant. Il n'y a pas encore d'épanchement fécal, grâce à la rapidité de l'intervention; on retire cependant du péritoine une graine de cantaloup. L'épiploon, traversé en plusieurs endroits par le projectile, est lié en masse et coupé. Lavage de la cavité abdominale avec la solution de sublimé; suture aux fils d'argent, pansement à la gaze au sublimé, saupoudrée d'iodoforme.

Les douleurs sont très vives, malgré de fortes doses d'opium, pendant les premiers jours, et l'agitation très forte. Le malade se plaignait constamment de ténesme; le 12e jour ce symptôme ayant augmenté de fréquence, on examine le rectum et on trouve une grosse tumeur périrectale qu'on reconnaît pour un hématome pelvien. Ouverture au bistouri par le rectum; issue d'une pinte et demie de sang noir, à odeur fétide. Une quantité aussi forte fut rendue peu après l'opération, le malade était dans un tel état de faiblesse qu'on ne fit aucun lavage. On le releva avec des injections d'alcool et d'ammoniaque.

A partir de ce moment la guérison se fit sans encombre et le 8 août il quittait l'hôpital. A. C.

III. — Observation recueillie dans le service de Tillaux : le diagnostic porté fut : le projectile (balle révolver 7 mill.), a traversé les deux faces antérieure et postérieure de l'estomac avec leur revêtement péritonéal, a rencontré plus profondément le rein gauche qu'il a écorné, et est venu se loger sous la peau de la région lombaire gauche. Guérison, puis extraction de la balle.

MAUBRAC.

IV. — Homme de 48 ans chez lequel on pratiqua avec violence le taxis pour une hernie inguinale. A l'incision du sac, Oberst ne trouve qu'un liquide sanieux, avec des gaz putrides. La laparatomie est pratiquée aussitôt en prolongeant l'incision vers l'ombilic; on trouve une péritonite commençante avec un liquide purulent. L'anse intestinale perforée fut retrouvée et on établit, par fixation de l'intestin à la paroi, un anus contre nature. Lavage péritonéal avec la solution salicylée à 1/3 0/0; drainage, suture de l'abdomen. Les phénomènes de péritonite disparurent; le malade mourut d'épuisement et de pneumonie hypostatique neuf semaines plus tard. A. C.

V. — En rapprochant ce fait de celui de Bouilly (*R. S. M.* XXVI, 247)

et étudiant les diverses conditions dans lesquelles se produisent les ruptures de l'intestin, Heydenreich n'hésite pas, devant l'extrême gravité de ces cas, à conseiller d'urgence la laparotomie. A. C.

VI. — Burchard discute, dans ce travail, les indications de l'intervention opératoire; il publie, à ce sujet, le résumé de 35 cas de laparotomie, pour péritonite par traumatisme ou par rupture, gangrène de l'intestin et y ajoute une observation personnelle d'abcès épiploïque avec rupture dans la cavité péritonéale chez un homme de 25 ans. La laparotomie fut faite et le malade guérit. A. C.

VII. — Les observations et recherches nécroscopiques de l'auteur relativement aux perforations stomacales le conduisent aux conclusions suivantes. Lorsque dans le courant d'une péritonite aiguë les vomissements manquent ou lorsque ceux-ci cessent au moment où la péritonite se déclare, le malade étant en pleine connaissance, on peut diagnostiquer que la péritonite a été déterminée par une perforation stomacale ou bien qu'une perforation stomacale est venue s'ajouter à une péritonite aiguë préexistante.

Les vomissements peuvent se montrer à la suite d'une péritonite par perforation stomacale, ou réapparaître s'ils avaient cessé, mais dans ces cas l'orifice stomacal ne s'ouvre pas librement dans la cavité péritonéale, il est toujours bouché soit par un organe voisin, soit par quelque bouchon accidentel. M. SCHACHMANN.

I. — Expériences nouvelles sur la réunion de l'intestin après l'entérectomie, par S. DUPLAY et G. ASSAKY (*Compt. rend. de la Soc. de Biologie*, 10 *juin* 1885).

II. — Casuistiche Beitraege zur circulären Darmresection und Darmnaht (Résection et suture de l'intestin), par P. REICHEL (*Deutsche Zeitschritt für Chirurgie, Band XIX, et Berlin. klin. Woch.*, 8 *septembre* 1884).

III. — Ueber die Resection eines Dünndarmcarcinoms (Résection pour cancer de l'intestin), par SCHEDE (*Ibidem*, 16 *juin* 1884).

IV. — Zur Technick der circulären Darmnaht (Technique de la suture circulaire de l'intestin), par NEUBER (*Ibidem*, 2 *juin* 1884).

V. — Ueber Darmzerreissung und Darmnaht, par ROSENBERGER (*Ibidem*, 12 *janvier* 1885).

VI. — Geheilte Darmresection (Résection de l'intestin), par HOFMOKL (*Soc. des méd. de Vienne*, 15 *mai* 1885).

VII. — Entérectomie dans un cas de gangrène herniaire. Guérison, par FOLET (*Bulletin médical du Nord, juillet* 1885).

VIII. — Traitement de la gangrène de l'intestin dans la hernie étranglée, par BANKS (*Med. Times, I, p.* 567, 1885).

I. — La méthode de Duplay diffère essentiellement d'une suture ordinaire, c'est plutôt une ligature de l'intestin qu'une entérorraphie proprement dite. L'anse intestinale sur laquelle doit porter la résection étant attirée hors de l'abdomen, on détermine la portion qui doit être excisée et on fait comprimer par les doigts d'un aide les deux points extrêmes au niveau desquels va passer la section. On incise ensuite l'intestin perpen-

diculairement à sa direction et on prolonge cette incision dans le mésentère à une hauteur variable. A mesure que les vaisseaux sont divisés, ils sont pris dans des pinces à pression continue. Une seconde section détache l'intestin et va rejoindre à angle aigu la première incision du mésentère; on procède ensuite à l'hémostase et on lie tous les vaisseaux divisés. Puis on invagine le bout supérieur de l'intestin dans le bout inférieur, et on procède à la ligature isolée de chacune des moitiés de l'intestin; l'un des fils à ligature enserre la moitié qui correspond au bord libre: l'autre la moitié à laquelle se rend le mésentère. Cette ligature a pour effet de fermer entièrement la lumière de l'intestin. Cette occlusion persiste au moins pendant 36 heures; la nature se charge de rétablir plus tard entièrement la continuité du tube intestinale.

Les tuniques des deux bouts de l'intestin pressées par la constriction exercée par les ligatures tendent à se rapprocher; les deux séreuses arriveraient presque au contact, n'était une légère collerette interposée, qui représente la portion du bout supérieur situé au delà de la ligature. Cette portion de l'intestin est renversée et il est très facile de l'enlever. Cette opération assure un contact parfait et une réunion qui met à l'abri des accidents consécutifs: elle ne dure pas plus de 20 à 25 minutes chez le chien, y compris l'ouverture et la fermeture de l'abdomen.

F. H.

II. — A la clinique de Breslau, on a fait 6 fois l'entérectomie primitive avec entérorraphie, 4 fois pour des hernies étranglées grangréneuses et 2 fois pour iléus ou invagination terminée par gangrène. Sur les 6 opérés, 4 ont succombé, 1 a guéri. Quant au sixième, des symptômes menaçants ont obligé à rouvrir l'intestin suturé et à pratiquer un anus artificiel; plus tard ce malade a succombé à une péritonite par perforation à la suite d'une entérorraphie secondaire.

Devant ces résultats Reichel repousse l'entérectomie primitive dans les hernies étranglées et préconise l'établissement d'un anus artificiel avec entérorraphie ultérieure. 9 malades ont été opérés de cette façon: 5 sont morts, 4 ont guéri, mais deux en conservant un certain temps une fistule stercorale.

Pour continuer les statistiques dressées par Madelung et par Rydygier (*R. S. M.* XXIII, 329), Reichel a réuni 121 cas d'entérectomie:

37 cas de résection circulaire de l'intestin pour guérir un anus artificiel ou une fistule stercorale ont donné 21 succès complets, 2 insuccès (persistance de fistule stercorale) et 14 morts;

56 cas de résection pour hernies gangrénées ont fourni 24 guérisons, 3 fistules stercorales persistantes et 29 morts;

10 résections pour tumeurs malignes ont été suivies 5 fois de mort;

8 pour obstruction intestinale ont donné 6 morts et 2 guérisons;

10 pour blessures à l'intestin ont fourni 4 morts et 6 guérisons.

En somme sur les 121 entérectomies, il y a eu 57 guérisons (dont 13 avec fistule stercorale temporaire mettent en danger pendant un certain temps la vie des malades), 5 cas de fistule persistante; 58 morts et 1 cas dont l'issue est inconnue.

Reichel conclut: l'entérectomie circulaire avec suture pratiquée sur un intestin sain non distendu par les matières permet d'espérer un résultat favorable. D'autre part, il n'y a pas encore lieu de rejeter d'une

façon absolue les méthodes plus lentes de guérison de l'éperon par l'entérotome, la béquille, etc., et d'oblitération des fistules par les caustiques ou l'anaplastie. J. B.

III. — Chez un malade qui avait depuis 3 mois des troubles digestifs, Schede constata au-dessus de l'arcade fémorale gauche, l'existence d'une tumeur placée sous les téguments et ayant la consistance d'un sarcome. L'exploration rectale ne révèla qu'une saillie de la tumeur du côté du péritoine sans permettre de reconnaître une communication avec l'intestin.

Dans le cours de l'opération on s'aperçut que cette prétendue tumeur des couches molles avait envahi les muscles et qu'il s'agissait d'un carcinome adhérent à une anse d'intestin grêle. Cette anse fut réséquée avec son mésentère. Les deux bouts de l'intestin furent provisoirement fermés avec des fils de soie. La tumeur enlevée, Schede fit une entérorraphie circulaire d'abord de la muqueuse, puis une double suture de la lésion au moyen du point de pelletier. L'opéré se rétablit; mais, quelques semaines plus tard, il revint pour des phénomènes d'étranglement interne. Schürlin pratiqua une fistule stercorale et constata un étranglement par un pseudoligament qu'il enlève. Mais le malade succombait à une pneumonie le 5 juin.

Sur 19 cas de résection de l'intestin pour cancer, les 6 malades chez lesquels l'occlusion était absolue sont morts immédiatement après l'opération, tandis que des 13 restants, 3 seulement sont morts par le choc opératoire.

Schede qui a toujours eu, jusqu'ici, recours pour l'entérorraphie à la suture continue au catgut en point de pelletier, trouve que Madelung l'a injustement condamnée.

Dans la discussion, *Madelung* déclare qu'il est revenu de ses préventions contre la suture continue de l'intestin, depuis qu'il en a obtenu 4 succès dans l'anus contre nature.

Riedel estime que le mode de suture est indifférent lorsque l'intestin est sain.

Schede en convient, mais en ajoutant que l'avantage de la suture continue réside dans sa rapide application. J. B.

IV. — Dans 3 entérorraphies pratiquées à la clinique de Kiel, Neuber a eu recours au procédé suivant. Les deux bouts intestinaux sont tendus sur un tube d'os décalcifié. Puis on les unit au milieu de la longueur du tube par des sutures n'intéressant que la séreuse. En appliquant ensuite la suture circulaire, les premières sutures se trouvent enfoncées dans un sillon qui embrasse le tube osseux et le maintient solidement.

Les avantages du procédé sont : 1° l'application plus aisée de la suture parce que le plan sous-jacent est résistant ; 2° la protection de la plaie de la muqueuse contre les matières fécales ; 3° le libre passage du contenu intestinal.

Le tube décalcifié disparaît chez les animaux au bout de 4 à 5 jours; chez l'homme on ne le trouve pas dans les garde-robes.

V. — Dans un cas de hernie inguinale droite étranglée où des tentatives prolongées de taxis avaient déja été faites, Rosenberger put diagnostiquer la rupture du sac herniaire et le passage des intestins sous les téguments. Ce diagnostic fut confirmé par la kélotomie qui révéla en outre l'existence de plusieurs déchirures, quelques unes complètes, de la paroi intestinale.

Les déchirures furent suturées à la soie et l'intestin fut réduit. Cure

radicale de la hernie. Guérison sans incident. Mais 4 mois plus tard l'opéré a succombé dans le marasme. J. B.

VI. — La résection de l'intestin a été pratiquée ici pour un carcinome du cœcum.

Femme de 24 ans, souffrant de douleurs à la région iliaque droite depuis l'automne 1884, alitée depuis les premiers jours de mars 1885 avec de la diarrhée et des vomissements. L'auteur constate une tumeur un peu saillante, grosse comme une orange, mobile, qu'il considère comme un néoplasme du cœcum ou de l'épiploon.

Opération le 1er avril, après lavages de l'intestin au moyen des lavements et des purgatifs. Incision de 15 centimètres en dehors du grand droit de l'abdomen. La tumeur étant saisie, on résèque un segment intestinal de 23 centimètres (10 de gros intestin, 13 d'intestin grêle), on excise un fragment d'épiploon infiltré, puis on suture les deux bouts intestinaux au moyen de 63 fils de soie iodoformée. Suture abdominale. Drainage. Pansement à la laine de bois sublimée.

Pas de fièvre ; deux fois seulement 38°,5. Le second jour, vomissements, collapsus de courte durée. Le cinquième jour, garde-robe spontanée. Le septième, on enlève les sutures et le drain. Le 1er mai, la malade se lève ; elle est guérie. L. GALLIARD.

VII. — Un homme de 35 ans entre à l'hôpital avec les signes d'une hernie inguinale étranglée. Il affirmait n'avoir aucune hernie, lorsque, trois jours avant, il avait senti, en faisant un effort, un craquement dans l'aine droite. A l'ouverture du sac on trouva un gros peloton d'épiploon et une anse d'intestin grêle dont la portion convexe était sphacélée suivant une assez large plaque. Le débridement fut fait sur une boutonnière étroite, puis Folet pratiqua l'entérectomie. Il ouvrit l'intestin pour le vider, passa dans le mésentère à 6 centimètres au-dessus et au-dessous des points où il voulait réséquer deux rubans de fil, pour étreindre l'intestin et opérer à sec, puis lia avec un fort catgut la portion de mésentère répondant à la plaque gangrenée, enfin, il coupa l'intestin, et réséqua 8 centimètres d'intestin grêle. Il pratiqua ensuite la suture bout à bout de l'intestin, en adossant séreuse à séreuse, avec 13 points de suture. Il réduisit l'intestin suturé, et plaça un drain dans le péritoine. Dès le lendemain, le malade eut deux ou trois selles, et, après une légère poussée de péritonite locale, le malade guérit complètement en six semaines. H. L.

VIII. — J. G..., 25 ans, cuisinier, atteint de hernie inguinale étranglée depuis deux jours. Le taxis avait été impuissant ainsi qu'une ponction de la tumeur. Le 3e jour, il entra à l'hôpital ; il était tranquille et ne paraissait pas anxieux : pouls, 80 ; température normale ; efforts de vomissement fréquents. Le scrotum était livide, volumineux, distendu par des gaz, le pénis et le prépuce s'étaient œdematiés.

Opération : le sac ouvert, il s'échappa un liquide noirâtre avec des caillots, et une anse d'intestin volumineuse et noire : l'odeur était fétide et dans l'intestin était un liquide sanglant.

On divisa l'anneau externe, et l'intestin fut attiré au dehors : on trouva, au-dessus du point comprimé par l'anneau externe, un trou du volume d'un pois, causé par le collet du sac probablement ; on enleva le segment de l'intestin perforé, coupant de chaque côté à un pouce de la partie gangrenée, et réséquant en coin le mésentère correspondant. Hémorragie profuse qui nécessite une vingtaine de ligatures. Alors on tourna en dedans les extrémités de l'intestin pour affronter les séreuses : on sutura les bords ensemble, puis on fit une suture continue superficielle, ne comprenant que le péritoine. L'intestin étant devenu plus volumineux par l'incision et la suture, on agrandit le canal pour ne pas tirailler les sutures. L'intestin replacé dans l'abdo-

men, le sac fut lié à son collet ; on en laissa une partie pour faire la tunique vaginale. Quelques heures après l'opération, le malade n'était plus en collapsus, et des gaz passaient par l'anus.

L'opéré resta sur le dos, à peu près immobile, une semaine, prenant un peu de jus de viande et de glace, et de petites doses régulières d'opium. Le 23e jour après l'opération, il eut une selle à l'aide d'un lavement avec de l'huile d'olive. Guérison au bout de six semaines.

Makins, réunissant 55 cas, trouve 29 morts, dont la cause la plus ordinaire est la péritonite septique; tandis que 40 cas de résection de l'intestin pour la cure de l'anus artificiel donnent 38 0/0 de mortalité au lieu de 52 0/0 que l'on trouve dans l'opération de la hernie étranglée : aussi doit-on se demander s'il vaut mieux pratiquer d'abord un anus contre nature, quitte à le guérir plus tard, ou bien s'il vaut mieux pratiquer la résection et la réduction dans l'abdomen, ce qui est plus avantageux, mais aussi plus dangereux.

Si on décide de laisser en place l'anse gangrenée, on l'incisera pour faciliter l'écoulement rapide des liquides. Quant à l'agent de l'étranglement, Astley Cooper, Key, Dupuytren, Erichsen, l'incisent. Miller, Bryant agissent de même. Mais Lawrence, Travers disent qu'il s'est établi une barrière empêchant les matières septiques de faire irruption dans l'abdomen, et qu'on ne doit pas l'inciser. Syme, Birkett repoussent toute opération contre l'agent de l'étranglement. Banks, tout en faisant remarquer que les sujets meurent peu de péritonite, mais plutôt d'empoisonnement du péritoine, rejette la section de l'anneau qui créerait un passage entre la cavité péritonéale et la plaie extérieure septique : quant au contenu de l'intestin, il peut s'échapper et, du reste, il n'est pas nécessaire que cette issue soit immédiate. L'intestin devient plus petit, sa tension diminue, et les matières s'écoulent ; le danger est surtout la gangrène intestinale qui empoisonne l'organisme. Donc il n'est pas nécessaire de sectionner l'agent de l'étranglement, et il y a sûrement danger à le faire. Les cas favorables à la résection sont rares, ils demandent un sujet jeune, vigoureux : un sac ne contenant ni pus ni matières fécales. Jusqu'à présent les statistiques montrent pour la résection de l'intestin gangrené une mortalité de 52 0/0, tandis qu'un anus contre nature fait disparaître tous les symptômes dangereux, et peut guérir par occlusion spontanée, par l'application de l'entérotome, par la résection, avec une mortalité de 38 0/0 seulement. MAUBRAC.

I et II. — Hernie inguinale intestinale très volumineuse. Opération de cure dite radicale, par J.-L. REVERDIN (*Rev. médic. Suisse romande, vol. V, p.* 237, *avril* 1885).

III. — Ueber die Radikalkur von Hernien (De la cure radicale des hernies), par Rushton PARKER (*Berliner klin. Woch.*, 30 *juin* 1884).

IV. — Die radicale Heilung der Unterleibsbrüche (Cure radicale des hernies), par C. SCHWALBE (*Berliner klinische Wochens.*, 8 *septembre* 1884).

V. — Sur une variété de fausse réduction des hernies, par P. BERGER (*Rev. de chirg., octobre et décembre* 1884).

VI. — Eine Laparotomie wegen Ileus; Heilung (Réduction en masse d'une hernie, laparotomie, guérison), par KURZ (*Deutsche med. Woch., n°* 13, 1885).

VII. — Noch ein Beitrag zur nicht operativen Behandlung eingeklemmter Hernien (Traitement des hernies étranglées par les pulvérisations d'éther), par Wilhelm FINKELSTEIN (*Berlin. klin. Woch.*, *n°* 38, *p.* 610, 22 *septembre* 1884).

VIII. — Demonstration eines Praeparates von Hernia umbilicalis congenita incarcerata, par GLUCK (*Ibidem*, 19 *janvier* 1885).

IX. — Fall von Hernia obturatoria, par BUROW (*Ibidem*, 29 *septembre* 1884).

X. — Contribution à l'étude des maladies chirurgicales du diaphragme, par A. DELAHOUSSE (*Thèse de Paris,* 1885).

XI. — Hernie diaphragmatique et intercostale, par PRAT (*Arch. de méd. navale, octobre* 1885).

XII. — Prolapsus Recti; Hydrokele (Résection dans un cas de prolapsus rectal), par NICOLADONI (*Wien. med. Presse, n°* 26, 1885).

XIII. — Rupture of the rectum; prolapse of the small intestine (Prolapsus intestinal par rupture du rectum), par S.-B. LYON (*Journ. of americ. med. Assoc.*, 14 *novembre* 1885).

I. — Homme de 72 ans ayant à droite une hernie inguino-scrotale du volume d'une tête d'adulte, c'est une entérocèle pure; à gauche, une hernie inguinale grosse comme un œuf de poule. Le taxis réduit facilement la tumeur gauche, tandis que la droite ne rentre qu'en partie.

Le remplaçant de Reverdin tente l'opération. Le scrotum et le sac incisés, il ne réussit pas à réduire la masse intestinale et doit refermer la plaie.

Le malade insiste pour une nouvelle opération, que J.-L. Reverdin pratique. Le sac contenait le cœcum et son appendice, la partie inférieure du côlon ascendant et un gros paquet d'intestin grêle. Il existait des adhérences entre les différentes parties de l'intestin, mais point entre l'intestin et le sac. L'anneau excessivement large laissait passer facilement quatre doigts, et cependant la réduction à cause de l'énorme masse des viscères herniés demanda assez de temps. Ensuite Reverdin excisa la plus grande partie du sac, sutura son collet au catgut et rétrécit l'anneau lui-même par 5 points de suture entrecoupée au catgut. La plaie cutanée fut suturée après que 5 trous eurent été faits avec l'emporte-pièce de Neuber dans les parois du scrotum; 2 drains résorbables de Neuber.

Le malade salissant son appareil de Lister, on fut obligé de le changer chaque jour. Aussi une partie de la plaie qui s'était réunie par première intention, se mit à suppurer, retardant le terme de la guérison.

Deux mois après l'opération, Reverdin note que le doigt ne sent plus aucun orifice au niveau de l'aine, mais quand on fait tousser le malade, on sent la paroi abdominale bomber légèrement au-dessus du ligament du Fallope en dehors de l'anneau inguinal.

Plus de trois ans après l'opération, Reverdin a constaté ce qui suit : la hernie gauche qui n'a pas été opérée, a peu augmenté de volume, mais elle est devenue inguino-scrotale et est facilement réductible. On ne sent toujours aucun orifice au niveau de l'anneau inguinal droit, en suivant le cordon de bas en haut, on le perd à ce niveau; il paraît pénétrer dans une paroi parfaitement close. Au-dessus de l'arcade fémorale et en dehors du siège de l'orifice inguinal, on voit une saillie oblique qui cède à la moindre pression et se reforme aussitôt; c'est la paroi amincie, affaiblie qui se laisse repousser par l'intestin. Il est vrai que l'opéré n'a jamais consenti à porter son bandage.

J. B.

II. — Homme de 52 ans, depuis l'âge de 13 ans, il a une hernie inguinale droite qui, bien qu'il n'ait porté de bandage que pendant deux ans, est

restée presque stationnaire jusqu'à il y a quelques mois. Il y a dix ans, hydrocèle droite traitée par les ponctions et les injections iodées.

La hernie, en augmentant de volume, est descendue peu à peu dans les bourses, ne causant de gêne que par son volume et son poids. Reverdin diagnostique une épiplocèle irréductible, non étranglée, et pratique la cure radicale. Il trouve le sac adhérent à la tunique vaginale et le coupe au-dessus. Le sac contient une énorme masse épiploïque chargée de graisse, mais pas d'intestin. Cette masse adhère au sac par une bride fibreuse qu'on sectionne. Au niveau du collet, l'épiploon est libre. Reverdin passe à travers son pédicule 5 fils de catgut, qui divisent le pédicule en autant de parties liées séparément. La masse épiploïque extirpée pèse 476 grammes. Les pédicules sont réduits dans l'abdomen sans difficulté. Le sac est alors attiré et lié aussi haut que possible en deux portions d'abord, puis en totalité, enfin réséqué. Cela fait, Reverdin met à nu, dans la partie supérieure de la plaie, l'aponévrose du grand oblique, et fait trois points de suture entrecoupés au catgut, pour rapprocher les piliers de l'anneau. Puis les fils noués il pratique selon son procédé (*R. S. M.*, XIX, 662), trois incisions de débridement ayant dans l'aponévrose chacune 1 millimètre et demi ; deux siègent à quelques millimètres au-dessus du pilier supérieur, la troisième est dans l'intervalle des deux autres et un peu plus haut ; toutes trois sont parallèles aux fibres aponévrotiques.

Application de deux drains, suture au catgut continue. Pansement de Lister avec éponges compressives au niveau de l'orifice inguinal.

Un examen pratiqué dix mois après l'opération, montre que c'est à peine si l'anneau très difficile à sentir, permet l'introduction d'une partie de l'extrémité de l'index ; rien ne sort pendant la toux, mais on sent une très légère secousse au bout du doigt. L'opéré ne porte plus son bandage déjà depuis trois mois. J. B.

III. — Parker expose ainsi les résultats de 48 kélotomies qu'il a pratiquées :

1° 13 cas de hernies étranglées, dans lesquels il n'a pas tenté l'oblitération du collet, à savoir : 6 hernies crurales gangrénées, toutes suivies de décès ; 2 autres hernies crurales guéries ; 4 hernies inguinales guéries ; 1 hernie ombilicale guérie, à part une fistule punctiforme ;

2° 3 cas de hernie non étranglée, dans lesquels il a suturé le collet, à savoir : 1 hernie ombilicale et 1 inguinale qui récidivèrent ; 1 autre hernie inguinale qui guérit complètement ;

3° 32 opérations dans lesquelles il lia le collet du sac herniaire, et qui ont fourni les résultats suivants : 23 guérisons complètes, 5 morts, 3 insuccès, 1 récidive opérée avec succès.

Les 23 guérisons se décomposent en 14 hernies inguinales, dont 8 étranglées et 1 à large collet ; en 8 hernies crurales dont 5 étranglées ; l'une d'elles fut l'objet de deux opérations ; enfin en 1 hernie ombilicale non étranglée.

Les morts comprennent : 1 hernie inguinale étranglée et gangréneuse ; 3 hernies inguinales à large collet, presque irréductibles à cause de la présence du côlon derrière le sac.

Parmi les trois opérés sans succès, se trouvent deux jeunes garçons atteints de hernie inguinale, non étranglée, à large collet et un malade atteint de hernie ombilicale non étranglée. J. B.

IV. — Pour la cure radicale des hernies, Schwalbe recourt aux injections sous-cutanées d'alcool ; en différentes séances, il injecte chaque fois trois ou quatre seringues d'alcool, en ayant soin d'éviter les vais-

seaux, et surtout le sac herniaire lui-même. La réaction consécutive est très vive, sans aller jamais jusqu'à la suppuration et elle laisse à sa suite une plaque de tissu conjonctif induré.

Ces injections, douloureuses, agissent le plus efficacement dans les hernies du nombril et de la ligne blanche; elles sont moins heureuses dans les hernies crurales et encore moins dans les inguinales.

Schwalbe qui a pratiqué plus de 1,000 injections sur 51 malades, n'a jamais eu d'accidents. Les injections d'extrait alcoolique, d'écorce de chêne, recommandées par Heaton, entre autres, sont plus dangereuses, parce qu'elles peuvent donner lieu à de la suppuration.

Chez un certain nombre de malades, Schwalbe a obtenu une oblitération assez parfaite de l'orifice herniaire, pour que tout bandage devînt inutile : sur 10 cas de hernies abdominales et inguinales, 6 ont guéri ainsi, il en est de même de 1 hernie inguinale.

Un assez grand nombre de cas sont encore trop récents pour qu'on puisse se prononcer sur la persistance de la guérison. Plusieurs fois il y a eu des récidives. J. B.

V. — Dans quelques cas, lorsqu'on pratique l'opération de la hernie étranglée, la réduction des parties contenues dans la hernie s'accompagne d'obstacles difficiles à surmonter. Mais, après des manœuvres variées, il semble qu'on soit parvenu à l'obtenir; pourtant les accidents d'étranglement persistent; c'est qu'en réalité il n'y a eu que fausse réduction par refoulement de l'intestin sous le péritoine à travers l'incision pratiquée pour le débridement.

Cette variété de fausse réduction, peu étudiée jusqu'à ce jour, puisque P. Berger, qui en rapporte une observation personnelle, n'a pu en réunir qu'une douzaine de cas, présente des caractères cliniques importants, que l'auteur expose en quelques pages.

Cette complication qui s'est présentée dans 5 hernies crurales, et 7 hernies inguinales a été, dans presque tous les cas, suivie de mort, aussi l'autopsie a-t-elle permis de constater les lésions suivantes : Ordinairement, dit P. Berger, le sac herniaire, et le trajet de la hernie sont vides; dans la partie la plus profonde de celui-ci se présente le coude que forme l'intestin, refoulé soit dans le tissu cellulaire de la fosse iliaque, soit dans le tissu cellulaire du bassin derrière la symphyse du pubis suivant la nature de la hernie. Il est encore étreint par le collet du sac, débridé ou intact et il pénètre au travers de la solution de continuité créée par l'incision du sac ou par le débridement dans une cavité formée par le décollement du péritoine. Le décollement se révèle, à l'ouverture du ventre, par une saillie que fait le péritoine pariétal recouvrant l'intestin. Au centre ou sur les côtés de cette tumeur, un orifice généralement circulaire établit la communication entre la cavité péritonéale et la cavité sous-péritonéale accidentelle : c'est le collet du sac qui fixe et étrangle l'intestin au point où les anses contenues dans le ventre se continuent avec celles qui ont été refoulées dans le tissu cellulaire. Quant à l'obstacle éprouvé pour obtenir la réduction, il est dû à la présence tantôt du testicule en ectopie, tantôt au cordon fibreux de l'artère ombilicale ou à des adhérences de l'intestin.

Après avoir montré qu'il faut invoquer, d'après les faits connus, comme causes prédisposantes (l'ancienneté de la hernie, quelques-

unes étaient congénitales), l'action du bandage sur le retrait qui préside à la formation du collet, la nature de l'étranglement et divers accidents antérieurs, et comme cause efficiente, les violences du taxis, P. Berger estime que les résultats malheureux sont principalement dus à l'une ou l'autre des fautes opératoires suivantes. Ou bien on laisse subsister l'agent de l'étranglement, ce qui a eu lieu dans la plupart des cas: ou bien l'on crée soi-même la fausse route; ou encore l'on y refoule l'intestin par des manœuvres mal conduites.

Quant aux caractères qui accompagnent la fausse réduction sous le péritoine, ils peuvent ainsi se résumer: difficulté de la réduction, possibilité de sentir l'intestin au fond de la plaie, persistance des accidents d'étranglement, et, au bout de quelques jours, production d'une fistule stercorale, tel est ordinairement ce que l'on observe, bien que quelquefois ces signes ne soient pas complets.

L'auteur expose ensuite différentes conclusions pratiques. Tout d'abord il rappelle les règles qu'on doit exactement suivre dans la kélotomie, si l'on ne veut pas s'exposer à substituer un étranglement à un autre. En second lieu, lorsqu'on est certain que l'on se trouve en présence d'une fausse réduction, il faut immédiatement la transformer, retirer l'intestin de la fausse position où il se trouve engagé; reconnaître et lever l'obstacle, qui s'est opposé à sa réduction au cours de la première opération, et réduire l'anse ou les anses étranglées, tels sont les différents temps que comporte l'opération, que les circonstances peuvent rendre minutieuse et difficile, ainsi que le prouvent les remarques cliniques de Berger.

OZENNE.

VI.—Un sujet de 33 ans, porteur d'une hernie inguinale jusqu'alors facilement réductible, a des accidents d'étranglement le 23 octobre 1884. L'auteur pratique immédiatement la réduction complète de cette hernie. Malgré cette heureuse intervention, les accidents persistent et le 2 novembre, l'auteur est forcé de pratiquer la laparotomie.

Après incision sur la ligne blanche, le chirurgien explore la fosse iliaque droite et trouve l'intestin étranglé par un anneau très serré qui n'est autre que le collet du sac herniaire, mais situé à cinq travers de doigt de l'anneau inguinal interne. Cette disposition résulte de la réduction en masse du sac herniaire et justifie les incertitudes du chirurgien.

Incision de l'anneau. Sutures. L'opération dure à peine une demi-heure. Guérison par première intention. Le 12 novembre, le malade se lève.

L. GALLIARD.

VII. — Finkelstein apporte quelques nouveaux faits, les uns personnels, les autres empruntés à H. Koch et à P. Krasowsky (*R. S. M., XXIII*, 320). *(Medicinisch-chirurgisches Correspondenblatt für deutsch-amerikanische Aerzte* 1883), à l'appui de son mode de traitement des hernies étranglées par l'éthérisation locale. (*R. S. M.*, XXII, 319.)

De 10 minutes en 10 minutes ou de quart d'heure en quart d'heure, on verse sur l'anneau et la tumeur, une ou deux cuillerées à bouche d'éther et l'on continue ainsi jusqu'à ce que la hernie ait perdu de sa rénitence et de son volume. Il faut généralement entre trois quarts d'heure et 3 heures pour obtenir ce résultat.

L'éther, en se répandant sur les parties voisines, y détermine des brûlures que Koch prévient en huilant au préalable toute la région génitale et en la recouvrant de ouate.

J. B.

VIII. — Enfant né à la fin du 7e mois. La sage-femme frappée du volume et de la configuration insolites du cordon ombilical sur les 15 premiers centimètres de son trajet à partir du nombril, ne le lia qu'au delà et avertit les parents. L'enfant rendit du méconium, une seule fois, immédiatement après la naissance. Opération le 4 juin, alors que l'enfant présentait des symptômes d'étranglement et de péritonite. Le sac herniaire constitué par l'amnios fut incisé jusqu'à l'anneau ombilical, celui-ci fut dilaté et donna alors issue à des flots de sérosité sanguinolente mêlée de flocons fibrineux, ligature des vaisseaux ombilicaux et de l'ouraque immédiatement au niveau de l'anneau ombilical.

Le sac herniaire renfermait une anse intestinale énormément distendue de la face convexe de laquelle partait un diverticule de Meckel allongé et également distendu. Ce dernier, par son extrémité en cul-de-sac et par ses parois latérales, était soudé à l'amnios et aux éléments du cordon.

Gluck attire au dehors une anse complètement affaissée et essaya en vain de la remplir avec le contenu de l'anse distendue. Il reconnut alors que l'anneau ombilical n'était pour rien dans l'étranglement. Le véritable agent de constriction était un feuillet mésentérique accessoire, qui du mésentère de l'intestin érangló, passait par-dessus ce dernier, pour se rendre à l'insertion du diverticule de Meckel.

Gluck excisa ce mésentère du divesticule entre deux ligatures, puis il lia à sa base et réséqua le diverticule lui-même. Il lui fut alors facile de faire passer les gaz de l'anse étranglée dans l'anse sous-jacente.

L'enfant vécut encore trente heures et eut des garde-robes répétées.

L'autopsie montra la parfaite exécution de l'opération. La seule cause de mort était la péritonite préexistante et si l'opération eût été pratiquée le premier jour, vraisemblablement l'enfant eût été sauvé. (*R. S. M.* X, 627; XIII, 215; XXII, 619, et XXVI, 252.) J. B.

IX. — Femme de 69 ans, entrée pour des accidents d'étranglement interne. Le quatrième jour seulement, Burow, s'appuyant sur l'effacement du triangle de Scarpa (sans tumeur perceptible à ce niveau), la difficulté de mouvoir les cuisses, les douleurs provoquées par les tentatives d'abduction, fit le diagnostic de hernie obturatrice, malgré qu'une atrésie vaginale empêchât l'examen par ce canal.

L'opération fut rendue laborieuse par des hémorragies, par la situation très profonde du petit sac herniaire et la difficulté, à cette profondeur, de distinguer celui-ci de la hernie.

Pendant les trois premiers jours, tout alla bien, puis la température s'éleva, et survint du collapsus, et l'opérée succomba à la fin du quatrième jour.

L'autopsie montra une perforation gangréneuse au niveau du pont étranglé et une péritonite. (*R. S. M.*, XXII, 696; XXIII, 312 à 314.) J. B.

X. — Cette thèse qui renferme quelques considérations sur la hernie diaphragmatique, donne la relation de quatre faits où le déplacement des viscères abdominaux s'était fait au travers d'une cicatrice du diaphragme résultant d'un traumatisme antérieur (coup de lance, coup de couteau, balle de revolver, fracture de côte).

L'auteur conclut, en cas d'étranglement d'une hernie pareille, à la laparotomie pratiquée pour obtenir la réduction des viscères herniés, et à l'occlusion de l'orifice diaphragmatique préalablement avivé au moyen d'une triple suture portant sur la plèvre, sur le péritoine et sur l'épiploon ramené si possible en avant de la communication anormale des séreuses thoracique et abdominale. L'opération conçue par l'auteur n'a jamais été exécutée ; il est probable que son exécution rencontrerait de bien grandes difficultés. P. B.

XI. — R..., D., 45 ans, aidait, il y a cinq ans, à soulever un wagon et fit dans ce but un effort considérable après son déjeuner. Il ressentit à ce moment une piqûre aiguë et subite dans le côté gauche : quelques jours après, dans le 9e espace intercostal gauche, tumeur grosse comme un pois. Actuellement tumeur oblongue, du volume d'un œuf de poule qui augmente et durcit par la toux ; elle est dure, élastique, circonscrite et irréductible : sonorité surtout évidente à la partie supérieure de la tumeur. Absence de bruits spontanés ou provoqués. Depuis trois ans, vomissements irréguliers, sans cause particulière marquée ; ces vomissements ne surviennent qu'après l'ingestion d'aliments solides ou liquides, et aussitôt après. Sensation de gêne, de constriction légère, sans grande douleur. Les crises gastriques amènent du vertige avec étourdissement, sans perte de connaissance. Diarrhée quelquefois, sans cause marquée, san rapports avec les vomissements.

Discutant le diagnostic, l'auteur conclut à une hernie de l'estomac, à la jonction du bord antérieur et de la grosse tubérosité. MAUBRAC.

XII. — Femme de 22 ans, atteinte de prolapsus rectal depuis quatre ans. L'auteur constate que la tumeur est constituée non seulement par le rectum mais par des anses de l'intestin grêle faisant hernie en avant du rectum et fournissant à la percussion un son tympanique (prolapsus et hédrocèle). Les cautérisations n'ayant donné aucun résultat, l'auteur pratique la résection de la tumeur.

Sur les côtés et en avant, il trouve le péritoine qu'il sectionne et suture. Le lambeau rectal excisé mesure 7 centimètres.

La malade guérit rapidement d'une façon complète; le résultat favorable est encore constaté au bout de quelques semaines. L. GALLIARD.

XIII. — Une aliénée, âgée de 50 ans, avait la manie de se croire enceinte et de vouloir être délivrée ; à chaque instant, sous prétexte d'aider ce travail, elle introduisait la main dans le vagin ou dans le rectum. Il était résulté de ces manœuvres une grande tendance au prolapsus de l'intestin. Un jour, à la visite, l'infirmière fait remarquer que la masse prolabée est plus considérable. On constate en effet, au dehors de l'orifice anal, une partie d'intestin grêle et de l'épiploon. La réduction fut impossible et l'état grave de la malade empêcha toute intervention.

A l'autopsie, on trouve, avec les signes d'une péritonite récente, une rupture de la paroi antérieure du rectum et à travers cette déchirure, une masse d'intestin grêle (18 pouces) et d'épiploon descendant jusqu'à l'anus. A. C.

On subcutaneous division of the sphincter ani, par Pickering PICK (*Med. Times* 6 *juin* 1885, *p.* 739).

Dans un cas de « névralgie spasmodique de l'anus » par ulcération de la muqueuse de l'anus, l'auteur fit la section sous-cutanée du sphincter externe : la douleur et les spasmes disparurent ; il n'y eut pas d'incontinence ultérieure des matières fécales. En agissant ainsi, le muscle tout entier est divisé, la blessure est très petite, surtout comparée à la section du sphincter par la méthode ordinaire ; de plus, étant sous-cutanée, il y a peu de chances d'absorption septique.

Cette opération, indiquée déjà par Allingham, a donné à Pick des guérisons nombreuses, dans les cas d'hémorrhoïdes internes.

MAUBRAC.

Zur Operation der Ectopia Vesicæ, par F. TRENDELENBURG, de Bonn (*Centralblatt f. Chirurgie, n*o 49, *p.* 857, 1885).

L'auteur insiste sur l'avantage qu'il y aurait à réunir les deux moitiés

de la vessie et de l'urètre sans tailler de lambeaux. C'est le seul moyen qui permette de reconstituer un sphincter actif. Thierfelder a constaté, sur le cadavre, dans un cas d'ectopie, qu'il y avait une prostate assez bien développée, séparée en deux moitiés et une grande quantité de fibres lisses. La réunion sur la ligne médiane, sans lambeaux autoplastiques, permet seule de reformer un cercle musculaire, c'est-à-dire un sphincter actif.

Le plan de l'opération est le suivant : fendre la synchondrose sacro-iliaque de chaque côté; par une pression latérale rapprocher les parois du bassin et diminuer la fente. Suturer les bords après les avoir avivés.

Chez les enfants la section de la synchondrose sacro-iliaque se fait facilement et sans danger. Il n'en est pas de même chez l'adulte.

Une des plus grandes difficultés est d'avoir un appareil capable de resserrer les deux moitiés du bassin, et que les enfants puissent supporter ; l'auteur a trouvé un appareil qui remplit le but.

La deuxième opération consiste à aviver les bords de la vessie et à les réunir par une suture de Lembert. Jusqu'à présent, l'auteur a suturé en même temps la vessie et l'urètre ; mais il se demande s'il n'y aurait pas avantage à faire plus tard la suture de l'urètre.

Peut-être pourrait-on éviter la section des synchondroses sacro-iliaques si on plaçait les enfants dès leur naissance dans l'appareil dont nous avons parlé. DELBET.

I. — Renal calculus, nephrolithotomy, recovery, par Edmund OWEN (*Brit. med. journal*, *p.* 701, *octobre* 1885).

II. — Case of renal lithotomy, or nephrotomy, par R. BOURCHIER NICHOLSON (*Brit. med. journ.*, *p.* 445, *septembre* 1885).

III. — Néphrectomie pour pyélo-néphrite calculeuse. Guérison, par TRÉLAT (*Bullet. de la Soc. de Chir.*, *t. XI*, *n°* 12, *p.* 826, 1885).

IV. — De la néphrectomie ; phénomènes réflexes post opératoires, par L. OLLIER (*Lyon méd.*, *p.* 413, 29 *novembre* 1885).

I. — Un ouvrier, âgé de 19 ans, est admis à l'hôpital Sainte-Marie le 8 mai dernier. Depuis un an, il souffre de la région rénale gauche et de vomissements; son urine est fréquemment sanguinolente ou couleur de café; il éprouve des irradiations douloureuses vers l'aine et le testicule. La palpation de la région du rein n'indique aucune tumeur; néanmoins on diagnostique un calcul du rein, et on décide la néphrotomie. L'opération est pratiquée le 15 mai. Incision de 4 pouces de long, parallèle aux dernières côtes; section des fibres du grand dorsal et du grand oblique de l'abdomen, et du fascia transversalis. Le rein est mis à nu, et, après l'avoir exploré avec le doigt, le chirurgien sent la présence d'un calcul. Sans enlever son doigt et en s'en servant comme de conducteur, il sectionne le parenchyme rénal jusqu'au bassinet, et la pierre est extraite avec une pince à lithotomie. Peu d'hémorragie. La plaie est lavée avec une solution de sublimé, drainée et pansée antiseptiquement. Guérison complète le 30 juillet. H. R.

II. — Femme de 42 ans, mère de dix enfants, souffrant depuis deux ans de douleurs de reins, puis d'hématurie et finalement de pyurie. Elle était arrivée au dernier degré du marasme au moment où l'auteur la vit. On sentait dans la région du rein gauche une tumeur du volume d'une orange, obscurément fluctuante. Le 2 juillet 1884, une incision est conduite parallèlement à la dernière côte et les parties molles séparées, y compris le fascia transversalis. On

sent ainsi le bord inférieur et la face externe du rein, que l'on explore au moyen d'une aiguille aspiratrice. Une première piqûre n'amène ni liquide, ni sensation du calcul. Une seconde piqûre, faite un peu plus haut, ramène du pus. Cela fait, se servant de l'aiguille comme conducteur, le chirurgien fait une incision sur le rein, assez large pour passer deux doigts, et sent un volumineux calcul ramifié, qu'il est assez facile d'extraire au moyen d'une pince à lithotomie. Un second calcul plus petit est ensuite retiré de la cavité du bassinet. L'opération fut peu sanglante; il ne fallut lier qu'une artère. La pierre, phosphatique, pesait 3 drachmes 14 grains. La plaie, lavée antiseptiquement et drainée, guérit progressivement; la malade cessa d'avoir de la fièvre et rendit de moins en moins de pus; pendant deux mois, elle évacua un grand nombre de petits calculs; puis il lui demeura une fistule cutanée suintant à peine, qui finit par guérir. Revue un an après, la malade avait recouvré absolument la santé. H. R.

III. — 1° Femme, 35 ans. Entrée à la Charité, fin novembre 1884. Symptômes durant depuis deux ou trois ans. Pyélo-néphrite ; épaisse couche de périnéphrite, cachexie néphrétique. Indication pressante de néphrectomie.

Incision verticale au niveau du bord externe de la masse sacro-lombaire, depuis la douzième côte jusqu'à la crête iliaque. L'accès du rein est difficile à cause de l'existence d'une masse scléreuse dure et épaisse qui l'entoure. Enucléation très difficile ainsi que la ligature du pédicule qui est faite en masse, sans qu'on puisse voir ou distinguer les vaisseaux rénaux ; une pince à demeure est mise au fond de la plaie. Pansement phéniqué et drainage. Nulle tendance à la réparation de la plaie. Le neuvième jour, établissement d'une fistule stercorale par la plaie. Mort d'affaiblissement graduel le dix-septième jour. A l'autopsie, cœur sain, poumons sans tubercules, foie très volumineux et gras, rein droit gros et blanc. Tout le tissu cellulaire rétro-péritonéal du côté gauche est chroniquement enflammé, dur, lardacé et englobé dans une masse commune, la rate, la queue du pancréas, la face postérieure du côlon transverse et les débris du rein gauche dont l'extrémité supérieure a été laissée en place. La fistule stercorale siégeait à l'angle gauche du côlon, elle était le résultat de l'application de la pince laissée à demeure.

En somme, opération très tardive, par une plaie trop étroite et trop profonde.

2° Femme de 26 ans. Hydronéphrose calculeuse datant de trois ans. État général favorable. Trélat pense qu'il y a lieu de faire, suivant le cas, soit la néphrotomie, soit la néphrectomie.

Le 25 juillet, opération. Incision juste en dehors du bord externe du grand droit antérieur. L'incision est un peu trop près du bord, le péritoine qui y adhère est incisé en deux points au commencement du décollement. Ces incisions, qui ont été plus tard fermées par des sutures au catgut, sont saisies et soutenues par des pinces à forcipressure. Le péritoine est décollé dans la direction de la tumeur ; celle-ci est isolée et décortiquée, puis amenée à l'extérieur. La région du pédicule peut être facilement examinée ; on reconnaît facilement en bas l'uretère qui est lié et sectionné, ainsi qu'une grosse veine. Une troisième ligature embrasse le reste du pédicule qui est peu volumineux. Tout cela se fait commodément et d'une manière précise. Pas d'écoulement sanguin. Ligature de quelques petits vaisseaux de la paroi cutanée. Suture des incisions péritonéales déjà signalées. Nettoyage de la cavité. Insertion de deux gros tubes à drainage. Six points de suture au fil d'argent. Gaze iodoformée, ouate phéniquée. L'opération a duré une heure un quart ; suites opératoires bénignes et régulières. Guérison achevée depuis le mois de septembre. Règles régulières. Urine limpide, sans albumine, un litre à un litre un quatre en vingt-quatre heures. Revue le 7 décembre, l'opérée allait très bien.

La comparaison de ces deux cas, en tenant compte des difficultés spéciales du premier, fait préférer par Trélat l'incision antérieure qui permet de voir le pédicule, de le manœuvrer sous l'œil, de faire une hémostase régulière et sûre et, en somme, une opération satisfaisante.

M. HACHE.

IV. — Dans cette note sommaire, l'auteur insiste sur la difficulté d'établir le degré d'intégrité du second rein. Il signale l'apparition de phénomènes réflexes après l'opération. Trois fois, il a vu des troubles vaso-moteurs persistants de la face ; dans un autre cas, il y eut des douleurs dans la sphère des nerfs voisins ; une fois, une paralysie transitoire du membre supérieur. Chez une opérée, il y eut une sialorrhée extrêmement abondante.

A. C.

I. — Zur Chirurgie der Harnblase (Chirurgie de la vessie), par EBENAU (*Deutsche med. Woch.*, n° 27, 1885).

II. — Calcul vésical. Deux tailles périnéales infructueuses. Taille hypogastrique. Guérison, par MARÉCHAL. — Calcul vésical enchatonné au niveau du col. Taille hypogastrique, par POUSSON. Rapport de MONOD (*Bulletins de la Soc. de chir., t. XI, p.* 504 *et* 529, 1885).

III. — Corps étranger de la vessie. Taille bilatérale, par DESPRÈS (*Bullet. de la Soc. de chir., t. XI, n°* 10, *p.* 633-637, 1885).

IV. — Beiträge zum Steinschnitt (Taille), par HOFMOKL (*Wien. med. Press*, *n°* 46, 1884).

V. — De la litholapaxie, de ses contre-indications et de l'emploi du chlorhydrate de cocaïne comme anesthésique local, par CARRIÉ (*Thèse Montp.*, 1885).

I. — L'auteur publie les résultats de la clinique de Czerny, à Heidelberg.

Il estime que l'extirpation des tumeurs de la vessie doit se faire par la taille hypogastrique : c'est seulement dans le cas de tumeurs petites, pédiculées, qu'on peut avoir recours à la taille périnéale. — La taille hypogastrique, à mesure que les procédés se perfectionnent, devient moins dangereuse. Elle a l'avantage de donner libre accès dans la vessie pour en pratiquer l'inspection et la palpation, de permettre l'hémostase et la suture, tandis que la taille périnéale n'a qu'un seul avantage, celui du drainage spontané. L'auteur recommande même cette opération dans les cas incertains, à titre de procédé d'exploration.

Dans les quatre faits qu'il rapporte, la taille sus-pubienne avait pour but l'ablation de cancers de la vessie ; les trois premiers résultats n'ont pas été favorables ; le dernier a été meilleur, mais il ne s'agissait là ni de pierre, ni de tumeur, il y avait seulement cystite grave.

L'auteur ajoute à ces quatre observations le récit de quelques faits malheureux. Il s'agit d'abord d'une urétrocystotomie dans un cas de cancer diffus de la vessie pris pour un papillome. Mort par pyélonéphrite. Ensuite tentatives d'extirpation de cancer vésical, chez deux femmes, par dilatation urétrale, et mort rapide. Enfin taille vésico-vaginale, hémorragies consécutives, mort au bout de quatre mois seulement.

L. GALLIARD.

II. — Après avoir résumé les deux observations, Monod distingue

les calculs enchatonnés des calculs enkystés ou adhérents. On dit qu'un calcul est *enchatonné* quand il est compris dans une poche spéciale, communiquant avec la vessie par un collet, ou orifice, plus ou moins large; il est dit *enkysté* quand la cellule dans laquelle il est logé est tout à fait indépendante de la cavité vésicale ou n'est plus en rapport avec elle que par un orifice tellement étroit qu'il est presque imperceptible et devient pratiquement négligeable. Enfin la pierre, enkystée ou enchatonnée, peut encore être *adhérente* par suite de l'engrènement réciproque des inégalités de sa surface et des bourgeons charnus développés à la surface de la muqueuse irritée.

La théorie qui répond au plus grand nombre des faits pour expliquer l'enchatonnement ou l'enkystement est celle de Houstet qui invoque l'existence préalable d'une cellule dans laquelle le calcul pénètre et se développe. — Y a-t-il réellement des calculs *migrateurs* sortant et rentrant alternativement de leur loge? Le fait est possible mais doit être exceptionnel. Habituellement la pierre, unique et grosse, enclavée dans la paroi, proémine en même temps dans la cavité vésicale,

Cette théorie est parfois en défaut et la pierre peut se trouver isolée dans la portion la plus élevée de la vessie, sans cellule, comme dans un cas de Meckel et chez les enfants (oblitération incomplète de l'ouraque ?). La pierre peut aussi s'enclaver comme sans doute dans le cas de Maréchal, entre la prostate hypertrophiée et le muscle des uretères qui s'hypertrophie aussi.

Dans de semblables conditions la lithotritie ne saurait être conseillée; la taille périnéale échoue dans la majorité des cas et devient particulièrement dangereuse à cause des difficultés d'extraction. La taille hypogastrique est l'opération de choix: elle permet d'agir avec sécurité et efficacité et de débrider au besoin l'orifice de la cellule.

Le diagnostic n'est pas toujours possible; toutefois quand chez un sujet déjà souffrant depuis longtemps de troubles de la miction surviennent des signes atténués et peu caractéristiques, qui permettent de soupçonner l'existence d'une pierre; lorsqu'à chaque exploration la pierre est retrouvée au même endroit, ou pourra songer à un calcul enchatonné. Si essayant de saisir cette pierre avec le lithotriteur on n'y parvient pas, ou si, l'ayant saisie, on n'arrive pas à la déplacer, le diagnostic approchera de la certitude. On en saura assez en tout cas pour repousser toute tentative nouvelle de lithotrisie et choisir la taille hypogastrique.

III. – Després préfère la taille périnéale toutes les fois qu'on peut la faire sans toucher le bulbe de l'urètre et sans dépasser les limites de la prostate; aussi est-ce cette voie qu'il a choisie pour extraire de la vessie d'une de ses malades un petit morceau de bois long de 5 centimètres environ.

Le Dentu préfère aussi la voie périnéale pour extraire les corps étranger de petit volume. *Berger* ne croit la voie périnéale plus avantageuse que si l'on peut se contenter de la boutonnière avec dilatation de la portion prostatique; dès qu'il faut faire une véritable taille Berger préfère la taille hypogastrique. M. HACHE.

IV. — 1° L'auteur a extrait par la taille périnéale chez un garçon de 15 ans un calcul de dimensions insolites, qui remplissait toute la vessie, un diverticule vésical, et la portion prostatique de l'urètre. Ce calcul pesait 265 grammes; il avait la forme d'un croissant et mesurait sur son bord convexe 22 centi-

mètres, sur son bord concave 10 centimètres; sa surface, rugueuse sur différents points, offrait des adhérences multiples avec la muqueuse vésicale. Il se composait d'un noyau uratique et d'une écorce phosphatée, calcique et magnésienne.

Vingt jours après l'enfant a pu uriner par le méat; mais la fistule périnéale n'a guéri complètement qu'au bout de cinq mois.

2° La taille hypogastrique a été pratiquée avec succès chez un sujet de 23 ans. Mais à sept reprises différentes la cicatrice abdomino-vésicale s'est rompue pour se reformer de nouveau sans opération. L. GALLIARD.

V. — L'auteur est partisan de la méthode de Bigelow, qu'il considère comme un progrès considérable réalisé dans la chirurgie des voies urinaires.

Il préconise l'emploi du chlorhydrate de cocaïne comme anesthésique, surtout quand le canal de l'urètre, le col ou la vessie peuvent présenter des contractions spasmodiques. Cette substance offre sur le chloroforme l'avantage de ne pas déterminer d'albuminurie.

Les séances ne doivent pas être prolongées trop longtemps, et quand il survient une complication (hémorragie, contraction vésicale), il vaut mieux suspendre l'opération, pour la reprendre plus tard, que s'obstiner à la terminer en une seule fois. A. MOSSÉ.

I. — Extraction par la voie périnéale de 32 calculs logés dans les régions membraneuse et prostatique du canal de l'urètre, par BENTEX (de St-Sever) (*Bull. et mém. de la Soc. de chir., t. XI, n°* 11, *p.* 686-688, 1885).

II. — Prostatite tuberculeuse suppurée. Fistules périnéales. Grattage et ablation de la prostate, par BOUILLY (*Bull. et mém. de la Soc. de chir., t. XI, p.* 576-578).

III. — Ueber die Behandlung der Urinverhaltung... (Traitement de la rétention d'urine compliquée de fausse route dans l'hypertrophie de la prostate par l'urétrotomie externe), par H. BRAUN, d'Iéna (*Centralbl. f. Chirurgie, n°* 46, *p.* 793, 1885).

IV. — Extra-periteonale partielle Resektion der Harnblase wegen Carcinom (Résection partielle extra-péritonéale de la vessie dans un cas de carcinome), par G. v. ANTAL (*Centralbl. für Chirurgie, n°* 36, *p.* 617, 1885).

V. — Extra peritoneal rupture of the bladder, par FENWICK (*Med. Times, p.* 648, 7 *novembre* 1885).

VI. — Considérations sur la pathogénie de deux variétés peu connues de rupture de la vessie et sur les moyens de les prévenir, par POUSSON (*Rev. de chir.*, 10 *novembre* 1885).

I. — Le diagnostic des calculs multiples de l'urètre et de vacuité de la vessie avait pu être posé avant l'opération qui ne présenta pas de difficulté spéciale. L'ensemble des calculs pesait 52 grammes. Il paraît s'être agi de petits calculs uriques arrêtés derrière un rétrécissement de l'urètre et encroûtés de phosphate de chaux et de phosphate ammoniaco-magnésien.

M. H.

II. — Il s'agissait d'un homme de 42 ans, chez lequel une prostatite suppurée tuberculeuse s'était ouverte dans l'urètre et avait été incisée par le périnée : des clapiers s'étaient cependant formés et une suppuration abondante épuisait le malade. Bouilly fendit tout le trajet au thermo-cautère sur la sonde cannelée, de l'anus à la racine des bourses, et tomba dans une vaste caverne

remontant très haut le long de la paroi antérieure du rectum. Les parois sont soigneusement grattées à la cuiller tranchante jusqu'à ce qu'elles paraissent saines et résistantes ; l'urètre se trouve isolé de toutes parts, sauf à sa partie supérieure et traverse comme un foret la région grattée et vidée. Fréquentes injections de chlorure de zinc en solution à 5 0/0 pendant le grattage ; cavité bourrée avec de la gaze iodoformée. Excellents résultats immédiats et définitifs. Au bout de 4 mois, il ne restait plus qu'un petit pertuis fistuleux siégeant à un centimètre en avant de l'anus. Cathétérisme dilatateur régulier. Actuellement, un an après l'opération, l'état général est excellent et les poumons toujours sains ; la miction est facile, et la fistule est réduite à un trou imperceptible par lequel suinte quelquefois pendant la miction une gouttelette d'urine. M. HACHE.

III. — L'urétrotomie externe doit être le traitement de choix dans certaines rétentions d'urine où le cathétérisme est impossible. La ponction vésicale présente de nombreux inconvénients. Elle doit être souvent renouvelée ; elle ne permet pas de laver suffisamment la vessie ; elle expose à la blessure du péritoine et surtout à l'inflammation du tissu cellulaire péri-vésical. Laisser la canule en place a autant d'inconvénients.

L'urétrotomie externe ne présente aucun de ces dangers ; et de plus elle met à l'abri de ceux qui sont créés par la fausse route.

L'auteur a pratiqué une fois et avec succès l'urétrotomie externe dans un cas de rétention d'urine compliqué de fausse route. DELBET.

IV. — L'auteur pratique la taille haute, incise la paroi vésicale, et, après avoir reconnu par cet orifice le siège de la tumeur, décolle le péritoine au niveau du pédicule. Il résèque ensuite toute l'épaisseur de la paroi vésicale. Les plaies vésicales et abdominales sont réunies par des sutures à la soie sublimée. On place seulement un drain qui pénètre jusque dans la vessie, et par lequel on fait une irrigation continue avec une solution d'acide thimique.

L'auteur a pratiqué cette opération avec succès dans un cas de carcinome. Le tiers de la vessie fut réséqué. Le drain fut enlevé 12 jours après l'opération et la fistule se ferma 40 jours après. Le malade peut garder son urine pendant trois ou quatre heures. La capacité de la vessie est de 200 à 300 grammes. DELBET.

V. — Homme de 42 ans : en jouant du cornet, vive douleur abdominale, hématurie, vomissements : trois semaines après, alors qu'il paraissait convalescent, douleur abdominale vive, péritonite, mort. Large poche extrapéritonéale contenant de l'urine purulente, communiquant avec le péritoine par une ouverture récente et avec la vessie par une autre ouverture plus ancienne. On trouva aussi des hernies intermusculaires, les veines thrombosées, un rétrécissement de la région bulbomembraneuse. Mais on ne peut préciser à laquelle de ces lésions est due l'ulcération de la vessie, cause de la rupture. Mort vingt-six jours après l'accident. M.

VI. — La plupart des auteurs ont admis jusqu'à ce jour qu'une vessie, dont la musculature est normale ou hypertrophiée, pouvait se rompre sous la force expansive de l'urine. D'après Pousson, lorsque cette rupture survient dans ces conditions, c'est grâce à l'intervention de l'un des deux facteurs suivants : la contraction des muscles de la paroi abdominale agissant sur le globe vésical ou les contractions mêmes de la tunique musculaire de la vessie.

Il est difficile de mettre en doute la première de ces causes devant les exemples assez nombreux que l'on possède et auxquels l'interpré-

tation suivante est applicable : qu'il existe ou non (rétrécissement) un obstacle à l'expulsion de l'urine, dans tout effort général ou thoraco-abdominal, tous les sphincters étant puissamment contractés, le globe vésical ne peut résister à la violente contraction des muscles de l'abdomen ; et la rupture se produit.

Peut-elle avoir lieu sous l'influence des contractions de sa tunique musculaire propre ainsi que le pense l'auteur? S'il est naturel de supposer, lorsque cet organe est très hypertrophié, que ses contractions plus puissantes sont capables de le rompre à la façon des autres organes creux, tels que le cœur ou l'utérus gravide, il faut cependant avouer que cette rupture est rare chez les rétrécis, qu'elle est également rare dans ces cas de vessies enflammées qui ne peuvent recevoir quelques gouttes d'urine sans se contracter énergiquement. Peut-être même ne pourrait-on en citer aucun exemple à l'abri de toute critique.

Aussi cette opinion de l'auteur ne resterait-elle que pure hypothèse, si l'intervention opératoire ne fût venue en démontrer la justesse. Dans quatre cas, que Pousson rapporte, chez des hommes jeunes, à vessies hypertrophiées et irritées, la rupture s'est produite pendant l'injection dans le réservoir urinaire d'un liquide destiné à le distendre.

De ces considérations résultent certaines données thérapeutiques fort importantes que l'auteur discute à plusieurs points de vue (anesthésie, injection, lithotritie, taille hypogastrique). OZENNE.

I. — Pathogénie et structure des petits kystes de l'épididyme, par Charles MONOD et ARTAUD (*Archiv. de physiologie*, 1er *avril* 1885).

II. — Ueber Cysten am Hoden und Nebenhoden (Kystes du testicule et de l'épididyme), par HOCHENEGG (*Wien. med. Jahrb.*, *Heft* 1, *p.* 149, 1885).

III. — Deux kystes rhumatismaux du cordon spermatique, par CÉNAS (*Loire médicale*, 15 *septembre* 1885).

IV. — Sur une forme rare d'épididymite syphilitique, par RECLUS (*Bull. et Mém. de la Soc. de chir.*, *t. XI*, *n°* 12, *p.* 894-898).

V. — Un cas d'orchite goutteuse, par GUYOT (*Société méd. des hôpitaux*, 21 *janvier* 1885).

VI. — Observation d'orchite goutteuse, par PÉCHAUD (*Société méd. des hôpitaux*, 25 *février* 1885).

VII. — Observation d'orchite goutteuse, par LATIL (*Société médicale des hôpitaux*, 25 *février* 1885).

VIII. — Orchite par effort. Atrophie testiculaire consécutive, par TERRILLON (*Ann. des maladies des org. gén. urin.*, *avril* 1885).

IX. — Du traitement de l'hydrocèle par les injections de sublimé, par SARRAZIN (*Thèse de Paris*, 1885).

X. — Traitement du varicocèle, par HORTELOUP (*Bulletin de la Soc. de chir.*, *t. XI*, *p.* 496-501, 1885).

XI. — De la cure radicale du varicocèle, par E. WICKHAM (*Thèse de Paris*, 1885).

XII. — Cinq varicocèles traités par la ligature, par FERRON (*Arch. de méd. milit.*, *p.* 155, 1885).

I. — De leurs recherches, les auteurs ont déduit les conclusions suivantes :

1° Il se fait dans la glande génitale de l'homme à partir de 50 ou 60 ans un travail de sclérose, qui aboutit plus tard à l'atrophie sénile du testicule;

2° Les productions kystiques de l'épididyme survenant à cette époque sont des épiphénomènes placés sous la dépendance de cette sclérose sénile;

3° Ce processus est analogue à celui des formations kystiques qui se développent dans le cours des néphrites interstitielles, ou dans les parotidites par ligature du conduit excréteur;

4° Dans la plupart des cas, la sclérose reste péricanaliculaire, c'est-à-dire frappe systématiquement le tissu conjonctif qui limite et soutient les conduits; plus tard, elle devient réellement diffuse, entraînant la soudure dans une même masse de conduits préalablement distincts;

5° A cette première période, l'oblitération complète du conduit en un point entraîne sa dilatation variqueuse en arrière de l'obstacle. La formation de la cavité kystique résulte du développement plus considérable d'une de ces dilatations ampullaires;

6° Ces dilatations kystiques sont ou très multipliées et disséminées dans toute l'épaisseur de la tête de l'épididyme; ou plus rares et forment de petites tumeurs en apparence isolées, se laissant plus ou moins aisément détacher du tissu épididymien sous-jacent;

7° Les kystes de la tête de l'épididyme en se développant déterminent des altérations de voisinage plus ou moins étendues, et peuvent intervenir à leur tour pour activer, au moins immédiatement autour d'eux, le travail de sclérose dont l'épididyme est le siège. A. GILBERT.

II. — Les kystes développés aux dépens des voies spermatiques, kystes spermatiques ou spermatocèles, sont tantôt en dehors, tantôt en dedans de la tunique vaginale. Les spermatocèles extravaginaux sont plus fréquents que les autres : ils naissent dans les vasa efferentia, entre le testicule et l'épididyme, on a vu aussi le développement kystique du vas aberrans de Haller. Les intravaginaux, recouverts complètement par le feuillet viscéral de la séreuse, peuvent provenir soit de l'hydatide de Morgagni soit des canaux séminifères de la tête de l'épididyme.

Dans la première variété, on trouve le kyste appliqué sur la convexité du testicule qui se trouve à l'extrémité inférieure de la tumeur et dont le grand axe est horizontal. Dans le second le kyste se substitue à la tête de l'épididyme: on trouve en même temps un peu d'hydrocèle.

Contrairement à ce qu'on a prétendu, la transparence existe le plus souvent, à moins que la paroi kystique ne soit épaissie. La ponction est en général indispensable pour établir le diagnostic; les caractères macroscopiques et même histologiques du liquide n'ayant rien de pathognomonique, il faut tenir compte des caractères chimiques : réaction alcaline faible (tandis que celle de l'hydrocèle est forte); poids spécifique 1,002 à 1,009, (tandis que celui du liquide de l'hydrocèle atteint 1,020).

Le traitement palliatif consiste en ponction simple ; le traitement curatif en ponction suivie d'injection iodée (moins utile que dans l'hydrocèle), l'incision pratiquée largement et suivie de pansement antiseptique, ou bien l'extirpation du kyste. Cette dernière opération est le véritable traitement des diverses variétés de spermatocèle.

Les kystes non spermatiques se divisent en trois catégories : 1° kystes sous-séreux (d'origine inconnue) ; 2° kystes provenant de vaisseaux lymphatiques dilatés ; 3° kystes provenant d'hémorragies sous-séreuses ou sous-albuginées. L. GALLIARD.

III. — Un jeune homme lymphatique, de 25 ans, sans antécédents vénériens, est pris de rhumatisme articulaire aigu en septembre 1884. Il avait eu une première attaque à l'âge de 14 ans et souffrait de palpitations depuis cette époque. On constate une insuffisance aortique. Les articulations des membres inférieurs sont tuméfiées et très douloureuses. Température 39°,3.

Un mois après, nouvelle attaque rhumatismale avec pleurésie double. Le sixième jour le malade se plaint du testicule droit. En effet, depuis l'avant-veille il s'est développé, à égale distance du testicule et de l'orifice inguinal externe, deux tumeurs arrondies, tendues, élastiques, transparentes, nettement circonscrites, ne se modifiant pas par la toux, et tenant manifestement au cordon. Après avoir causé pendant quelques jours de la gêne et de la cuisson, elles deviennent indolentes.

Un mois après, apparition de nouvelles douleurs polyarticulaires. Le deuxième jour, les tumeurs ont repris les mêmes caractères qu'à l'attaque précédente. Au bout de six jours, elles disparaissent complètement pour ne plus se reproduire. GASTON DECAISNE.

IV. — Cette observation démontre la suppuration possible du sarcocèle syphilitique et offre un exemple encore unique d'épipidymite syphilitique diffuse, qui se rapproche par son début précoce de l'épididymite circonscrite de Dron : car on ne peut penser ici à une syphilis héréditaire. En somme, on peut en conclure que la syphilis, dans les premiers mois, peut provoquer l'apparition d'une épididymite gommeuse différente de l'épididymite circonscrite de Dron par la diffusion des masses infiltrées. M. H.

V. — Un homme de 55 ans, sujet à des douleurs rhumatismales, se plaint depuis 1881 d'une tumeur du testicule droit : la prostate et le cordon sont intacts ; pas d'antécédents syphilitiques. Plus d'un an après, vers 1883, Guyot revit le malade pour une arthrite du poignet droit. Le testicule avait alors son poids et son volume normaux et ne présentait aucune induration. D'après le malade, grâce au repos et à quelques frictions belladonées, le testicule avait peu à peu repris son volume normal ; puis, en novembre 1882, à la suite d'une marche fatigante, avait en quelques heures triplé de volume et nécessité le repos au lit pendant quelques jours. Deux semaines après le malade avait été pris d'un violent accès de goutte.

Millard rapporte un cas analogue. H. L.

VI. — Le 1er février, M. G..., est pris soudain, après une courte marche, de douleur avec gonflement dans le testicule gauche ; cet organe a doublé de volume, est induré surtout à la partie épididymaire, et sensible à la pression. La cause fut alors ignorée. Deux jours après, douleur aiguë à l'articulation métatarso-phalangienne du gros orteil droit, avec tuméfaction, tension et douleur ; le 5 février, l'articulation homologue du pied gauche est prise à son tour ; 6 février, le gonflement testiculaire diminue ; 9 février, il disparaît : desquamation foliacée épidermique des deux orteils. Le 28 février, le malade, à la suite de fatigues et d'écarts de régime, est repris d'un nouvel accès de goutte. H. L.

VII. — M. A..., âgé de 56 ans, sujet à de violentes coliques néphrétiques, a eu un accès de goutte au gros orteil gauche en 1878. En octobre 1883 il se fracture le tibia droit ; vingt-six jours après, il fut pris brusquement d'une vive douleur dans le testicule gauche, qui doubla de volume en vingt-quatre heures. La tuméfaction était lisse, sans nodosités, dure, peu douloureuse à

la pression; le gonflement portait uniquement sur le testicule. Sept jours après, poussée de goutte au gros orteil droit, qui dure huit jours. Le gonflement testiculaire ne disparut lentement qu'au bout de quatre mois. H. L.

VIII. — Homme de 45 ans, père de famille, vigoureux, sans antécédent vénérien. A la suite d'un effort violent, sans contusion ni froissement directs, douleur subite et suraiguë dans le testicule gauche, qui remonte vers l'anneau et reste fixé dans cette position. Bientôt, orchite aiguë et phénomènes généraux simulant l'étranglement interne. Après un traitement antiphlogistique de trois semaines, l'inflammation disparaît, mais le malade ne peut ni se lever, ni marcher à cause de l'état extrêmement douloureux de son testicule, qui demeure toujours appliqué contre l'anneau inguinal externe et présente à peine le cinquième du volume normal. Hyperesthésie excessive de la glande et névralgie iléo-lombaire : la cuisse reste en flexion, abduction et rotation en dehors, sous peine de comprimer douloureusement le testicule. Après échec des moyens médicaux, continués pendant deux mois, castration : tunique vaginale oblitérée et fixée aux parties voisines par sa surface externe au moyen de tractus fibreux durs; testicule atrophié, tubes testiculaires presque complètement détruits et envahis par un tissu fibreux dense, épididyme altéré et presque entièrement cicatriciel; en somme, lésions de l'orchite traumatique. Cicatrisation rapide de la plaie opératoire et persistance de la guérison absolue des douleurs plusieurs mois après. R. JAMIN.

IX. — L'auteur rapporte cinq observations dans lesquelles on a traité l'hydrocèle par des injections au sublimé. La solution injectée est à 1/1000. On doit en faire pénétrer dans la vaginale 200 grammes, dont la moitié doit y rester à demeure.

Cette injection déterminerait la cicatrisation de la poche, sans déterminer de douleurs; le malade n'accuserait qu'une légère sensibilité du testicule, alors que la réaction inflammatoire est modérée et suffisante.

OZENNE.

X. — Le procédé de Horteloup est le suivant :

1° Après avoir isolé le testicule et le cordon, on attire en arrière le *groupe veineux postérieur* qu'on comprend dans un clamp spécial avec une portion assez considérable du scrotum (8 centimètres de tour sur 3 de large chez le sujet présenté).

2° Suture profonde avec des fils d'argent et les tubes de Galli.

3° Deux sutures au-dessus du clamp, avec des épingles et le catgut.

4° Résection de la portion scrotale comprise entre le mors du clamp.

5° Sutures superficielles avec les serres fines. Pansement avec l'ouate hydrophyle phéniquée.

Horteloup présente le moule d'un malade qu'il a opéré de varicocèle et dont le testicule presque atrophié a repris du volume. M. HACHE.

XI. — Dans ce travail l'auteur nous donne une déscription détaillée du procédé opératoire que Horteloup a appliqué un certain nombre de fois avec plein succès à la cure radicale du varicocèle.

Après un rapide exposé des circonstances qui autorisent une intervention opératoire (varicocèle volumineux, douloureux; atrophie testiculaire, etc...) Wickham fait la critique des principaux procédés mis en usage jusqu'à ce jour, en montrant leurs désavantages et les accidents qu'ils peuvent occasionner, et préconise la résection bilatérale du scrotum avec excision d'une partie des veines funiculaires.

Ce procédé, dû à Horteloup, consiste principalement à saisir le scrotum, en même temps que le groupe des veines postérieures, qui sont

atteintes dans la très grande majorité des cas, dans un clamp spécial à branches incurvées : une constriction assez grande est faite au moyen d'une vis, après section; un double plan de sutures profondes et superficielles est appliqué, et le raphé cicatriciel est exactement antéro-postérieur.

Wickham insiste sur ce fait que l'excision des veines funiculaires, opération complémentaire de la résection, est surtout indiquée lorsque le faisceau postérieur est atteint et a déjà acquis un notable volume.

Les conclusions de cette thèse, basée sur dix-huit observations, sont que cette opération est inoffensive et qu'elle a été suivie de guérison durable. OZENNE.

XII.—Dans cinq cas, suivis de guérison complète, l'auteur a employé le procédé suivant : faire sur la région antéro-externe du scrotum, à partir d'un travers de doigt au-dessous de l'orifice externe du canal inguinal, une incision longitudinale de 5 à 6 centimètres le cordon mis à nu, séparer le canal déférent dans l'étendue de 3 centimètres; exercer sur les vaisseaux variqueux une pression de bas en haut de façon à en chasser le contenu, et placer à 2 centimètres l'un de l'autre deux catguts n° 2 sur ce cordon vasculaire ainsi aplati. Suturer la plaie. Le huitième jour, la réunion est complète. Les vaisseaux ne sont pas sectionnés, et, n'étant plus distendus, constituent un lien suspenseur aidant au relèvement du testicule. Inutile d'isoler l'artère spermatique : la déférentielle semble suffire à la nutrition du testicule. MAUBRAC.

Ueber Hydrocele multilocularis, par von STEINHAL (*Centralblatt für Chirurgie*, 10 *octobre* 1885).

L'auteur a pu faire l'examen histologique de deux hydrocèles multiloculaires, l'une du testicule, l'autre du cordon. Dans les deux cas, il a trouvé au milieu d'un tissu riche en cellules embryonnaires des espaces tapissés d'un revêtement endothélial; il a même vu un lymphatique se continuer directement avec un de ces espaces. Aussi, l'auteur pense-t-il, sans vouloir toutefois généraliser, que dans les deux cas l'hydrocèle multiloculaire avait une origine lymphatique, et il la rapproche des kystes congénitaux (lymphangiomes cystoïdes) du cou. DELBET.

Des avantages de l'incision périnéale dans le traitement des suppurations prostatiques et péri-prostatiques, par SEGOND ; rapport de RECLUS (*Bulletin de la Soc. de Chir.* 1885, *t. XI*, *p.* 531).

P. Segond montre, par l'analyse d'un grand nombre d'observations que l'incision classique des abcès de la prostate au niveau de la paroi antérieure de l'ampoule rectale est passible de quatre objections très graves : 1° on ne peut faire au niveau de l'incision un pansement antiseptique suffisant ; 2° l'ouverture est presque toujours insuffisante et l'écoulement du pus incomplet ; 3° des chirurgiens même fort habiles ont ouvert de gros vaisseaux et provoqué des hémorragies inquiétantes ; 4° enfin l'incision rectale n'empêche pas toujours la formation d'une seconde ouverture vers l'urètre, de là des fistules uretro-rectales dont on connaît l'incurabilité trop fréquente.

L'incision périnéale au contraire ne présente aucun de ces désavan-

tages, elle permet une aseptie rigoureuse, elle assure le parfait écoulement du pus, elle éloigne toute crainte d'hémorragie, et, lorsque l'abcès communique avec l'urètre, actuellement ou plus tard, elle diminue la gravité du pronostic en remplaçant une fistule urétro-rectale par une fistule urétro-périnéale. L'incision que préconise P. Segond n'est que le premier temps de la taille prérectale de Nélaton.

Cette incision doit donc être l'opération de choix dans le traitement des suppurations protastiques ou périprostatiques qui ont de la tendance à s'ouvrir ailleurs que dans l'urètre. On doit y recourir alors même que le périnée est souple et que les lésions sont localisées au-dessus de l'aponévrose moyenne.

Cette opération constitue également une ressource précieuse pour une série de cas graves et invétérés, caractérisés par la présence de clapiers ou de véritables cavernes prostatiques communiquant avec l'urètre par une ouverture insuffisante pour permettre le libre écoulement du pus et la cicatrisation des foyers purulents. M. HACHE.

Delle injezioni di olio essenziale di trementina (Des injections d'essence de térébenthine pour le traitement des fistules anales, osseuses, etc.), par Settimio CECCHINI (*Ann. univ. di med.*, *août* 1885).

Les propriétés stimulantes et hémostatiques de l'essence de térébenthine, son pouvoir antiseptique bien supérieur à celui de l'acide phénique, ont déterminé l'auteur à employer cet agent pour le traitement des fistules rebelles ou atones. Il l'injecte pure ou mélangée en proportions variées à l'huile d'olive, suivant la quantité à injecter et la tolérance des malades. L'effet est rapide, la douleur peu marquée; on peut du reste l'atténuer en ajoutant un peu de morphine au liquide.

Sur sept fistules anales traitées par ce procédé, cinq ont guéri complètement. Six cas de fistule osseuse du rocher avec otite chronique suppurée, six guérisons; cinq cas de fistules osseuses, suite de carie dentaire, cinq guérisons; un cas de fistule du canal de Sténon, guérison (injection de 25 à 50 centigrammes d'essence); quinze cas de fistules atones diverses, guérison. BALZER.

Ein Fall von rechtsseitigen Chylothorax, durch Zerreissung des Ductus thoracicus entstanden (Chylothorax du côté droit consécutif à la rupture du canal thoracique), par KRABBEL (*Centralblatt f. Chirurgie*, *n°* 42, *p.* 736, 1885).

Un malade sur la poitrine duquel a passé un wagon de 300 kilogrammes est transporté à l'hôpital. Pas de fracture de côtes; aucun symptôme de paralysie. On trouve seulement une légère douleur à la pression au niveau de la dernière vertèbre dorsale, et un épanchement dans la plèvre droite qui remonte jusqu'à la pointe de l'omoplate. On diagnostique hémothorax. Le malade meurt cinq jours après. On trouve à l'autopsie 6 litres d'un liquide blanchâtre, laiteux dans la cavité pleurale. Le poumon rétracté ne présente aucune trace de blessure et se laisse complètement insuffler.

Le corps de la neuvième vertèbre dorsale est fracturé. Le trait de fracture est horizontal et légèrement denté. La dure-mère et la moelle sont intacts. Au contraire le canal thoracique est transversalement déchiré au niveau de la fracture. Les autres organes du médiastin étaient tout à fait intacts.

L'auteur fait remarquer qu'une ponction aurait été tout à fait inutile.

DELBET.

Deux cas de névrite traumatique avec transmission de la douleur par la voie collatérale intacte, par Léon TRIPIER (*Rev. de chir.*, 10 *octobre* 1885).

L'auteur publie en détail deux observations de névrite traumatique qui montrent la transmission de la douleur par la voie collatérale intacte, et dont il déduit quelques considérations pratiques fort importantes au point de vue opératoire.

Dans l'une, il s'agit d'un homme de 33 ans, amputé du gros orteil dix ans auparavant à la suite de gelûre : sous l'influence d'un traumatisme, des accidents inflammatoires s'emparent du moignon ; une névrite ascendante s'établit, en s'accompagnant de quelques phénomènes secondaires du côté du membre supérieur correspondant et du membre inférieur opposé. Si l'on comprime le nerf tibial postérieur du côté primitivement atteint, on exagère les symptômes, et, si l'on fait la compression du nerf sciatique poplité externe sur le même membre, on fait disparaître la douleur.

Après différents traitements sans résultats suffisants, l'auteur se décide à pratiquer les sections associées des branches de ce nerf, dont les fibres sont intactes, ce qui amène la disparition des troubles de la sensibilité et de la motilité et après un temps variable celle des différents phénomènes secondaires.

Le deuxième cas a trait à une lésion du nerf médian chez un homme de 37 ans. A la suite d'une blessure récente du nerf médian au-dessus du poignet, le malade vit apparaître un névrome cicatriciel avec crises douloureuses partant de la cicatrice et s'irradiant dans les trois premiers doigts. On pouvait suspendre ces douleurs en comprimant le nerf radial, au sortir de la gouttière de l'humérus. Le névrome fut extirpé ; les deux bouts du nerf suturés et la guérison eut lieu.

Sous forme de conclusion l'auteur avance que, dans toutes les lésions des nerfs périphériques, on devra rechercher si la transmission de la douleur se fait par la voie collatérale ; et, pour cela, il faudra employer la compression sur le tronc ou les troncs nerveux, qui envoient des branches dans la région où se rend le nerf altéré.

Si la douleur disparaît absolument, la transmission se fait exclusivement par les fibres centripètes ou récurrentes :

Si elle ne disparait pas complètement, on peut supposer que la transmission se fait en partie par les fibres centripètes indirectes, en partie par les fibres directes. La compression exercée concurremment sur le nerf altéré, entre la lésion et les centres, permettra parfois de trancher la question.

Enfin si la douleur ne disparaît pas, on est autorisé à admettre que la transmission se fait exclusivement par les fibres centripètes directes.

Dans ces différents cas, il y aura lieu de tenir compte d'une lésion secondaire possible du côté des centres.

Au point de vue thérapeutique, les indications seront basées sur la nature de la lésion et sur le mode de transmission de la douleur. Ou bien on peut agir sur la cause de la douleur et, dans ce cas, il est indiqué de la faire disparaître en ménageant la continuité du nerf, ou si celle-ci est interrompue, en cherchant à la rétablir ; ou bien on ne peut pas agir sur la cause elle-même, et alors, si la transmission se fait par la voie collatérale, on devra se porter sur elle, et procéder à l'aide de sections associées et successives, de manière à ne faire que strictement le nécessaire et à ne pas paralyser inutilement les muscles. Si l'on a

des raisons pour croire que la transmission se fait à la fois par la voie collatérale et la voie directe, il sera indiqué d'agir d'une part sur les fibres centripètes indirectes et d'autre part sur les fibres directes, mais en commençant toujours par les premières. Enfin si la transmission paraît se faire par les fibres directes, on cherchera naturellement à se placer au-dessus de la lésion ; toutefois plus on remonte, plus il faudra compter avec les anastomoses directes, d'où l'indication de recourir parfois à plusieurs sections, si l'on veut être certain d'empêcher la transmission par la voie directe.

L'amputation doit être considérée comme une ressource extrême à laquelle il ne faut recourir que si l'on a la main forcée. OZENNE.

Du traitement des anévrismes poplités par la méthode d'Antyllus, par R. LARGEAU (*Arch. gén. de méd.*, *mars* 1885).

L'auteur a réuni tous les cas où la méthode d'Antyllus a été employée. Il en a trouvé 23 sur lesquels 15 guérisons et 9 morts. 4 fois sur 9, la mort était due à des accidents infectieux qu'on n'aurait plus à craindre avec les pansements antiseptiques. Aussi l'auteur se déclare-t-il partisan de la méthode d'Antyllus : 1° dans tous les anévrismes traumatiques ; 2° dans les anévrismes diffus sur le point de s'ouvrir au dehors ou suppurés ; 3° dans les anévrismes circonscrits où la compression aura échoué. P. M.

Sur divers faits de polydactylie, par GUERMONPREZ (*Bull. et Mém. de la Soc. de chir.* 1885, *t. XI*, *p.* 581-587).

Guermonprez appuie par une nouvelle observation le fait, déjà signalé par Wite, Bromfield, Hamilton et Chrétien, de la reproduction plus ou moins complète d'une phalange surnuméraire amputée dans la continuité chez de jeunes enfants, fait qui s'explique par la conservation du point d'ossification supérieur de la phalange. Il faut donc désarticuler et non amputer les doigts surnuméraires.

Il montre ensuite par des faits que pour cette opération les incisions qui donnent des lambeaux en γ sont défectueuses, et qu'il est préférable de faire l'incision en raquette de manière à contourner le pli d'opposition quand il s'agit du pouce. Quand il s'agit d'un auriculaire supplémentaire, la plaie opératoire doit être linéaire. D'après la règle habituelle, la cicatrice doit être éloignée de la face palmaire.

Par plusieurs observations, Guermonprez prouve que l'amputation d'un doigt surnuméraire n'est pas une opération de complaisance, mais une opération utile, parce que le doigt anormal gêne les fonctions de son congénère et contribue à lui donner une mauvaise direction et une mauvaise forme. Signalons comme fait rare l'observation d'un sujet présentant un index surnuméraire à chaque main ; la main gauche n'a pas de pouce et l'index surnuméraire en fait l'office, bien que le premier espace intermétacarpien soit relativement peu étendu. A la main droite du même sujet se trouve un pouce à peine mobile, tandis que l'index surnuméraire est doué de mouvements très étendus, ce qui conduit à cette indication chirurgicale peu prévue de conserver le doigt surnuméraire et d'amputer le pouce proprement dit. M. HACHE.

Injuries of the main bloodvessels in the axilla caused by efforts to reduce dislocation of the shoulder (Blessures des vaisseaux axillaires dans la réduction des luxations de l'épaule), par Lewis-A. STIMSON (*Med. News*, *p.* 653, 13 *juin* 1885).

L'auteur a réuni 44 cas de blessures des vaisseaux axillaires produites par la luxation ou la réduction de luxation de l'épaule. 3 fois la veine a été seule atteinte, 2 fois l'artère et la veine ensemble; dans les autres cas, l'artère ou une de ses branches était la source de l'hémorragie. 32 fois la mort ou l'amputation ont permis de constater la lésion. La rupture de l'artère s'est toujours produite en un point élevé, ordinairement au point comprimé par la tête de l'humérus : la veine s'est trouvée rompue complètement ou presque complètement en travers. Dans un cas (de Baum), l'artère et la veine étaient en partie déchirées par un fragment de la nouvelle cavité formée autour de la tête de l'humérus. Dans 5 cas, on ne trouva qu'une petite ouverture ovale sur l'artère, que l'on supposa être produite par l'arrachement d'une branche sous-scapulaire ou circonflexe : dans ces cas on a noté souvent la persistance du pouls radial. Les agents de la rupture ont été les tractions excessives, les manœuvres défectueuses, abduction, élévation, circumduction, la compression directe (talon, pouce). L'abduction, — dans une articulation saine, elle étend déjà fortement les vaisseaux — est une cause très fréquente de déchirure au moment même de l'accident, plus tard par compression prolongée de l'artère, ou enfin pendant la réduction.

Parfois — c'est la forme la moins commune — on constate peu de jours ou de semaines après la réduction une tumeur qui s'accroît, ulcère la peau et se vide au dehors : ordinairement, une tumeur fluctuante sans bruit ni pulsation apparaît rapidement; quelquefois le pouls radial persiste. Souvent mort rapide par syncope, rupture spontanée ou par intervention opératoire. Dans les cas guéris sans opération la tumeur persista, et l'ecchymose disparut lentement. Dans 2 cas de rupture de la veine seule, la mort fut prompte, La lésion du 3e cas est incertaine. Comme diagnostic : si la tumeur est pulsatile, rupture artérielle ; si le pouls radial existe, probablement l'artère principale n'est pas rompue ; c'est plutôt la sous-scapulaire ou la circonflexe qui sont rompues ou arrachées. Le diagnostic ne peut guère être plus précis, et la grande fréquence des lésions artérielles, dans les cas connus, engage à éliminer la blessure de la veine.

On essayera d'abord de traiter l'affection sans opération, par compression de la tumeur et immobilisation du bras. Si les symptômes ne s'amendent pas, on liera la sous-clavière ou on désarticulera l'épaule, de préférence à l'incision du sac et à la double ligature de l'artère.

On emploiera pour la réduction le procédé de Kocher qui permettra d'éviter l'abduction, la circumduction, la pression dans l'aisselle.

Les 44 cas se divisent ainsi : 12 guérisons, 31 morts, 1 résultat inconnu.
20 (sans opération) : 6 guérisons, 14 morts.
14 ligatures de la sous-clavière : 5 guérisons, 8 morts, 1 résultat inconnu.
6 ligatures au-dessus et au-dessous de la rupture : 6 morts.
4 désarticulations : 1 guérison, 3 morts.

L'auteur donne l'indication bibliographique de ces observations.

MAUBRAC.

Anévrisme diffus primitif. Abcès. Incision. Tamponnement. Guérison, par HOUZEL, de Boulogne-sur-Mer (*Bullet. de la soc. de chir.*, *t. XI*, *n°* 12, *p.* 892-894, 1885).

Enfant de 11 ans atteint de paralysie infantile et qu'on transportait habituellement en le prenant sous les aisselles. Une tumeur du volume d'une mandarine apparut sous l'aisselle droite; Houzel et Cazin diagnostiquèrent un abcès après avoir cherché en vain les signes d'un anévrisme. Cazin incisa cet abcès et il s'écoula un peu de pus, mais, ayant détaché quelques caillots qui remplissaient la poche, un jet de sang rouge s'échappa avec une grande violence. Cazin ferma aussitôt avec un doigt l'orifice du vaisseau qui était sans doute l'artére axillaire, pendant que Houzel comprimait la sous-clavière, puis ils bourrèrent la poche avec des morceaux de serviette trempées dans du perchlorure de fer et fixèrent solidement le tampon à l'aide d'une bande embrassant le moignon de l'épaule. Le sang s'arrêta. Tillaux fut appelé en consultation; le bras était froid et l'enfant souffrait beaucoup de la compression : ce chirurgien proposa de tenter la ligature de l'artère dans la plaie, mais prévoyant des difficultés il demanda à pouvoir désarticuler l'épaule au besoin. Les parents repoussèrent toute intervention et l'événement leur donna raison, car, la compression enlevée le 3e jour, le bras se réchauffa peu à peu, les tampons se détachèrent successivement et la plaie finit par se cicatriser sans accident.

Ce fait s'ajoute à ceux déjà assez nombreux où des anévrismes diffus primitifs ne donnent naissance à aucun signe spécial et sont pris pour des abcès chauds. Tillaux a communiqué il y a quelques années un fait semblable qui lui était personnel. Il ne faut pas compter sur une évolution aussi favorable que dans le cas actuel, et la véritable méthode de traitement est toujours la ligature au-dessus et au-dessous de la poche préalablement ouverte. M. HACHE.

L'estirpazione del gozzo e el sue cliniche consequenze (L'extirpation du goître), par E. BOTTINI (*La medicina contemporanea*, 10-11, 1884).

L'auteur a pratiqué 52 extirpations de goître, sans trachéotomie préalable, sauf dans les cas de compression considérable de la trachée, et en enlevant toute la glande, même quand la dégénérescence n'est que partielle, pour éviter la récidive, qui est fréquente. Il n'a perdu que huit malades ; il faut dire qu'il a souvent enlevé des tumeurs très volumineuses et rétrosternales.

Il n'a jamais vu survenir la cachexie strumiprive de Kocher et Reverdin. Il croit pouvoir expliquer cette divergence de résultats, par ce fait que ces deux auteurs ont observé dans des régions où le goître et le crétinisme sont endémiques et que chez leurs malades le goître n'était qu'un accessoire du crétinisme appelé à tort cachexie strumiprive. Si beaucoup de chiens succombent, on voit beaucoup de malades survivre en bonne santé ; d'ailleurs chez le chien la glande est saine et chez l'homme elle ne remplit plus ses fonctions.

Cependant, chez des femmes et des jeunes gens, il a vu d'autres conséquences : spasmes passagers, mais très douloureux, des membres supérieurs 3 ou 4 jours après l'opération. Il n'a vu survenir ni d'aphonie, ni d'enrouement. R. C.

Plaie de la région dorsale par un instrument tranchant. Compression de la moelle. Guérison, par KIRMISSON, rapport par BERGER (*Bull. de la soc. de chir., t. XI, n° 12, p.* 857-866, 1885).

Homme de 29 ans, reçoit un coup avec un couteau pointu à lame triangulaire qui pénètre obliquement vers le milieu du dos au moment où il se baisse pour se réfugier sous une table. La lame s'est brisée dans la plaie, laissant un fragment de 5 à 6 centimètres. Le malade s'affaisse immédiatement : la plaie répond à la partie latérale droite de la colonne vertébrale, au niveau de l'articulation de la 7e et de la 8e vertèbre dorsale. Le malade étant endormi, Kirmisson extrait avec difficulté la partie de la lame restée dans la plaie, après avoir réséqué les apophyses épineuses de la 7e et de la 8e vertèbre dorsale. D'après ses dimensions, elle devait certainement traverser le canal vertébral et tout le corps vertébral correspondant; elle était placée de champ, le côté non tranchant du côté de la ligne médiane. On constate une paraplégie motrice sans contracture, une paralysie complète de la sensibilité pour le membre inférieur droit, incomplète pour le gauche. Rétention d'urine; troubles trophiques dès le 3e jour (épanchement articulaire, plaques érythémateuses et phlyctènes).

Tous ces symptômes s'améliorent peu à peu, et la contracture des membres inférieurs succède à la paralysie. Un an après l'accident, il marche assez aisément avec des béquilles ; il existe toujours à droite de la contracture et des tremblements fibrillaires qui gênent beaucoup le malade au moment où il se met debout. Il marche un peu en fauchant et en projetant le pied droit à la façon des ataxiques. Les réflexes rotuliens sont un peu exagérés ; la sensibilité est toujours très atténuée à la partie supérieure et interne de la cuisse droite et dans la fosse iliaque du même côté. Urines normales ; toujours de la constipation.

Il n'y a certainement eu là qu'un refoulement de la moelle, compliqué d'un certain degré d'attrition de sa substance par le dos du couteau. Cette attrition a laissé à sa suite une sclérose qui, malgré la diminution de la paralysie, détermine encore des troubles permanents de la motilité et quelque rare que soit le succès opératoire auquel le blessé doit la conservation de son existence, il est peu probable qu'il revienne jamais à un état physiologique parfait.

Les cas de ce genre sont très rares ; Berger rapproche du fait de Kirmisson une pièce du musée Orfila représentant une vertèbre dorsale traversée de part en part par un long stylet qui était venu blesser l'aorte. Il n'y avait pas de lésion de la moelle.

On new stretching for anesthesic leprosy (Elongation des nerfs dans la lèpre anesthésique), par Arthur NEVE (*Edinb. med. journ., p.* 433, *novembre* 1884).

Statistique de 190 cas d'élongations nerveuses faites à l'hôpital de Kaschmir sur des lépreux anesthésiques, au nombre de 90. Sur la totalité des malades, 84 eurent une amélioration réelle et recouvrèrent la sensibilité, deux ne furent pas soulagés, quatre moururent. L'opération a presque toujours été pratiquée sur le sciatique : généralement le mieux se faisait sentir du 3e au 6e jour, et la sensibilité revenait progressivement de la racine du membre aux extrémités. L'auteur ne dit pas si les résultats ont été persistants chez les opérés : il est permis d'en douter, car, après un engouement considérable pour les élongations nerveuses, les médecins des Indes n'en pratiquent presque plus. H. R.

OPHTALMOLOGIE.

Experimentelle Untersuchungen über intraocularen Druk[1] **(Recherches expérimentales sur la pression intraoculaire), par HOLTZKE** (*Archiv für Anat. und Phys., p.* 350, 1885).

L'auteur a inventé un manomètre double qui permet la mesure de la pression intra-oculaire sans pénétration ni issue des liquides oculaires. Les expériences sont faites sur le chat ou le lapin. Les résultats déjà obtenus à cet égard par Hippel, Grünhagen, Adamuck, Laqeur, Pflüger sont contradictoires, en ce qui concerne l'action de diverses substances sur la valeur de cette pression. L'ésérine élève notablement la pression dans la chambre antérieure de l'œil. La myose provoquée par l'ésérine supprime non seulement cet accroissement, mais elle abaisse la pression au-dessous de sa valeur moyenne qui est de 34 millimètres de mercure. L'atropine n'exerce aucun effet direct sur la pression intra-oculaire, mais elle l'élève indirectement par son influence dilatatrice sur la pupille. Dans les conditions physiologiques, la pression s'élève quand la pupille se dilate, elle s'abaisse quand cet organe se contracte. La pilocarpine agit de la même façon que l'ésérine, mais moins activement. Il n'y a point de différence entre les pressions de la chambre antérieure et de la chambre postérieure.

DASTRE.

Sur l'existence de deux espèces de sensibilité à la lumière, par H. PARINAUD (*Académie des sciences, 26 octobre* 1885).

Parinaud rappelle qu'il a établi cette distinction en se basant sur les caractères du trouble visuel de l'héméralopie (*Acad. des sc.*, 1er août 1881); qu'il a confirmé sa manière de voir par des recherches expérimentales en montrant que l'accroissement de la sensibilité rétinienne dans l'obscurité, qu'il considère comme l'attribut des bâtonnets et du pourpre, ne se produit pas dans la fovea qui ne contient que des cônes; que cet accroissement intéresse inégalement les rayons de réfrangibilité différente, et enfin que cet accroissement de sensibilité porte sur la clarté des couleurs, dont il augmente l'intensité lumineuse aux dépens de la saturation. Il précise aujourd'hui les faits de la manière suivante :

Ces deux modes de sensibilité sont en rapport avec l'existence dans la rétine humaine de deux sortes d'éléments nerveux, les cônes dépourvus de pourpre, qui reçoivent directement de l'agent lumineux une excitation de nature plus spécialement physique, les bâtonnets dont l'excitation se fait par l'intermédiaire du pourpre et est liée à un processus de nature chimique.

C'est l'impression des cônes qui se spécialise en sensation de couleur, et c'est à ces éléments que la rétine doit ses propriétés isolatrices, sur lesquelles repose l'acuité visuelle proprement dite ou distinction des formes.

La sensibilité des bâtonnets est surtout en rapport avec les perceptions lumineuses diffuses et l'éclairement du champ visuel. En diffusant l'excitation lumineuse, elle produit l'irradiation et constitue, avec la diminution du nombre des cônes, la cause principale de l'abaissement subit de l'acuité visuelle en dehors de la fovea. Elle n'agit que sur la clarté ou l'intensité lumineuse des couleurs et elle modifie la sensation, comme le ferait l'addition de la lumière blanche à la couleur, de sorte que la saturation d'une couleur dépend de deux facteurs, l'un objectif, l'autre subjectif.

Les cônes nous donnent deux sensations simultanées de clarté et de couleur avec les lumières homogènes ; les bâtonnets ne nous donnent que la sensation de clarté.

Si, le plus souvent, la clarté est perçue avec une intensité moindre que la couleur, cela tient à l'excitabilité plus grande des bâtonnets ; mais cette excitabilité est variable et la dissociation des deux éléments de la sensation, la clarté et la couleur, n'est pas un fait constant. Cette dissociation s'exagère dans l'obscurité, qui augmente l'excitabilité des bâtonnets ; elle tend à disparaître avec un éclairage intense ; elle est au minimum pour le rouge, parce que cette couleur est moins réfrangible, est peu modifiée par l'accommodation nocturne ; elle est nulle dans la fovea, qui ne renferme que des cônes.

De ces deux espèces de sensibilité, la première est fixe, autant du moins que le comportent les phénomènes de sensibilité. La seconde est essentiellement variable. Ces variations sont dues aux modifications qui se produisent dans la couche rétinopigmentaire, dont le fait le plus saillant est la sécrétion du pourpre qui imbibe l'article externe des bâtonnets. Le pourpre augmente l'excitabilité des bâtonnets. Or cette substance est détruite par la lumière et se régénère dans l'obscurité. Il en résulte que l'excitabilité des éléments nerveux est en raison inverse de l'éclairage, et qu'il y a constamment tendance vers un certain équilibre entre l'intensité de l'éclairage ambiant et l'excitabilité des éléments nerveux. Telle est la cause de l'accommodation rétinienne. C'est ce processus un peu complexe qui permet la vision nocturne. L'altération de ce mode de sensibilité par lésion du pourpre produit l'*héméralopie*. A. C.

De la coloration de la papille et des prolongements anormaux de la lame criblée, par MASSELON (*Bull. et mém. de la Soc. franç. d'ophthalm.*, 3e *année, p.* 192).

En dehors de tout état morbide, la pupille peut prendre des dispositions différentes qui tiennent en partie à la lame criblée et au tissu fibreux qui la compose. Dans quelques cas d'excavation physiologique, on peut voir distinctement la lame criblée qui présente une coloration blanc bleuâtre ; comme le tissu sclérotical, elle est traversée par les fibres nerveuses, qui, vues de champ, ont une couleur plus grise, plus terne. Les différences de coloration dépendent du tissu nerveux qui recouvre la lame, de la vascularisation plus ou moins accusée de la rétine, de la direction qu'affectent les fibres nerveuses pour atteindre la rétine.

A côté de ces différences de coloration à l'état normal, il existe les différences qui tiennent à des anomalies. On sait que la lame criblée

tire son origine de trois sources : du cordon connectif qui entoure les vaisseaux centraux, de la sclérotique, de la choroïde. Suivant que l'une ou l'autre de ces parties prendra une prépondérance marquée, grâce à la direction longitudinale des fibres il pourra apparaître soit sur le disque lui-même, soit dans son voisinage, des productions blanchâtres, légèrement teintées de bleu, qu'il ne faut pas confondre avec des lésions morbides ni avec des fibres à double contour.

F. DE LAPERSONNE.

A study of the eyes of medical students (Etude sur les yeux des étudiants), par Al. RANDALE (*Pensylvanie Society*, 1885).

Randale s'est servi de tableaux qui notent non seulement l'état de réfraction, mais aussi l'examen complet des yeux et les conditions de l'état général.

Il arrive à cette conclusion que l'emmétropie complète est très rare ; il ne l'a rencontrée que neuf fois sur cent ; il est vrai que dans un grand nombre de cas, le degré de l'amétropie était tellement léger qu'il n'empêchait pas une bonne acuité visuelle. Dans quelques cas il a trouvé de l'anisométropie, il note l'astigmatisme, ne rencontre la myopie que sur onze sujets. Mais le vice de réfraction qui est de beaucoup le plus commun, c'est l'hypermétropie, puisqu'il l'observe 71,6 fois pour 100, à des degrés divers. F. DE LAPERSONNE.

I. — Ueber das Verhalten des Gesichtsfeldes zum epileptischen Anfall (Champ visuel chez les épileptiques), par THOMSEN (*Berliner klinische Wochens.*, 16 *juin* 1884).

II. — De l'épilepsie dans ses rapports avec les fonctions visuelles, par PICHON (*Thèse de Paris, juillet* 1885).

I. — Jusqu'ici on a regardé comme à peu près spéciale à l'hystérie, l'anesthésie optique qui se traduit au périmètre par un rétrécissement concentrique du champ visuel et qui s'accompagne fréquemment de troubles de la sensibilité cutanée et des sens spéciaux.

Un examen périmétrique méthodique pratiqué sur 28 hommes et 51 femmes du service d'aliénés et de convulsifs de la Charité de Berlin, a montré que les anesthésies sensorielles se retrouvent aussi chez les épileptiques à attaques, dans certaines conditions qu'on peut préciser.

Ainsi l'accès épileptique n'est pas suivi d'un rétrécissement du champ visuel quand il a été purement convulsif, sans s'accompagner de trouble du sensorium ni de dépression dans la sphère affective. En revanche, on observe ce rétrécissement concentrique du champ visuel, avec ou sans trouble de la sensibilité cutanée, des sens spéciaux et du sens musculaire, dans les états suivants :

1° Après l'attaque épileptique compliquée de délire hallucinatoire ;

2° Après les états d'obnubilation intellectuelle consécutifs à une attaque, tels que stupeur, manie épileptique, etc. ;

3° Après presque tous les équivalents de l'attaque, qu'ils s'accompagnent ou non de trouble de la conscience (accès d'anxiété et d'oppression, terreurs nocturnes, sueurs, auras motrices et sensitives, etc.) ;

4° Dans les divers états consécutifs ou intermédiaires aux attaques

qui laissent le sensorium intact, mais s'accompagnent d'une dépression ou d'une excitation dans la sphère affective. L'humeur des malades est morose, leur équilibre psychique très instable ; ils se plaignent sans trêve des sensations nerveuses les plus diverses (palpitations, tremblements, bouffées de chaleur, bourdonnements, papillotages, céphalée et insomnie).

Vingt-quatre heures après que les malades sont sortis de cet état mental, leur champ visuel a repris ses dimensions normales. Le rétrécissement est toujours concentrique, jamais hémiopique, mais il est souvent beaucoup plus marqué d'un côté. En général, il s'associe à une diminution de l'acuité visuelle. J. B.

II. — Pichon a étudié, dans une première partie, les troubles sensoriels et amblyopiques en dehors de l'attaque, et il a noté quelquefois de la dyschromatopsie et des rétrécissements irréguliers du champ visuel, comme symptômes précurseurs de l'attaque ; il a observé de l'hyperesthésie rétinienne, de l'anesthésie chromatique, des sensations particulières qu'il appelle auras colorées, enfin, des hallucinations visuelles. Ces phénomènes peuvent se retrouver pendant le vertige épileptique. Pendant toute la durée de l'attaque, il existe une dilatation pupillaire et une abolition complète des réflexes de la pupille. D'ailleurs, même en dehors de ce moment, la sensibilité pupillaire est toujours sinon abolie, du moins affaiblie chez les épileptiques. Il existe des troubles passagers pendant l'attaque, ce sont des congestions veineuses internes, caractérisées par la dilatation des veines de la rétine et le pouls veineux. Étant donnés les rapports étroits qui unissent les vaisseaux rétiniens et cérébraux, il faudrait peut-être admettre, d'après cela, l'idée d'une congestion intense du cerveau, plutôt que l'état d'anémie admis par Brown-Séquard. F. DE LAPERSONNE.

Die Augen der Idioten der Heil-und Pflege-Anstalt Schloss Stetten in Würtemberg (Recherches sur les yeux des idiots de l'établissement de Stetten, dans le Wurtemberg), par SCHLEICH (*Klin. Monatsbl. f. Augenheilk., octobre* 1885).

Ces recherches, très difficiles pour la plupart, ont porté sur 156 idiots. Les remarques que l'auteur a consignées dans son travail, dificiles à résumer, ont trait principalement à la couleur des cheveux et de l'iris, à l'état de la pupille, des muscles, aux résultats de la fonction visuelle, à l'acuité visuelle, la réfraction, l'accommodation, la perception des couleurs et au champ visuel; l'ophtalmoscope a permis de déterminer l'état des milieux de l'œil ainsi que celui de la réfraction. ROHMER.

Causes et prévention de la cécité, par FUCHS, traduction de FIEUZAL (*In*-8°, *Paris*, 1885).

L'auteur divise son travail en neuf sections. Dans la première qui est consacrée aux maladies congénitales, il montre l'importance de la consanguinité. Il consacre un très long chapitre à la myopie et à son développement par l'éducation de l'enfant. Avec Cohn, il en donne pour preuve que les peuples non civilisés, de même que les nouveau-nés, ne sont pas myopes : la myopie d'une façon générale, est en raison directe du degré d'instruction. A propos de l'ophtalmie purulente des nouveau-

nés il insiste surtout sur le traitement de Credé, bain antiseptique et instillations de nitrate d'argent au moment de la naissance qu'il voudrait voir obligatoire, comme cela existe dans certaines contrées de l'Allemagne. Nous ne pouvons que citer les chapitres consacrés à l'influence des races, des climats, des contrées, des professions, sur le développement de la cécité.

L'auteur voudrait que les médecins pussent recevoir un enseignement spécial et que, dans les épreuves, l'ophtalmologie fut exigée comme les autres branches de la médecine. Pour cela, il faudrait que le stage dans les services de maladies des yeux fut obligatoire pendant un certain temps.

Passant en revue les différentes universités d'Europe, il montre que c'est l'Autriche qui a l'organisation la plus complète à cet égard ; au contraire, la France est très en retard, puisqu'un certain nombre d'Écoles et même de Facultés n'ont pas d'enseignement d'ophtalmologie.

F. DE LAPERSONNE.

Eine unfreiwillige Tätowirung der Hornhaut (Tatouage involontaire de la cornée), par MAYERHAUSEN (*Centralbl. f. prakt. Augenheilk.*, *août* 1885).

Une enfant de 12 ans est blessée à l'œil avec une plume, par une de ses camarades. Il se produit un peu de rougeur conjonctivale périkératique, et l'examen de l'œil, pratiqué quatre jours après l'accident, permet de voir une tache noire triangulaire placée transversalement au devant de l'iris, sa base tournée en dehors; cette tache avait exactement la forme de la pointe de la plume, laquelle avait pénétré entre les lames de la cornée. Au bout de huit jours, après cocaïnisation de l'œil, on essaye d'enlever la tache; pour cela, on gratte les lames de la cornée; mais cette opération montre que cette membrane est totalement infiltrée par la substance colorante; le tannate de fer de l'encre est devenu de l'albuminate de fer. L'opération n'est pas poussée plus loin; et, après dix semaines d'attente, la plus grande partie de la tache avait disparu.

ROHMER.

Ueber elektrolytische Behandlung der Hornhauttrübungen (Traitement électrolytique des opacités de la cornée), par SEAGER et ADLER (*Soc. des méd. de Vienne, 17 avril* 1885).

Seeger a traité d'abord chez le chien les opacités de la cornée par l'électricité : il a fait construire des rhéophores spéciaux, terminés par une petite boule adaptés à une batterie de 5 à 7 éléments Siemens ; le pôle positif était placé à deux millimètres de la taie, le négatif sur la taie même. Après une application de 8 secondes on voyait se produire, au point intéressé, une sorte d'écume, puis un état trouble qui durait deux ou trois jours, ensuite la cornée devenait translucide.

Ce résultat encourageant n'aurait pu être obtenu facilement chez l'homme, si l'on n'avait trouvé dans la cocaïne un anesthésique capable d'atténuer les vives chaleurs que provoque l'électrisation.

Adler s'est chargé d'appliquer la méthode à plusieurs jeunes sujets et dans tous les cas il a réussi à faire disparaître presque complètement les taies et à augmenter l'acuité visuelle.

Une ou deux séances d'électrisation suffisent en général.

L. GALLIARD.

Keratitis dendritica exulcerans mycotica (Kératite dendritique ulcéreuse de nature mycotique), par EMMERT (*Centralbl. f. prakt. Augenheilk., octobre* 1885).

Sous ce nom, l'auteur rapporte un cas de kératite de forme spéciale, qu'il pense être le premier à décrire. Voici en résumé le tableau qu'il en trace :

Le plus souvent, chez des phtisiques ou des scrofuleux, âgés de 20 à 45 ans, on voit apparaître une inflammation conjonctivale, surtout à la paupière supérieure, une injection notable du bulbe, et, sur un point quelconque de la cornée, une opacité grisâtre, sous-épithéliale, soit sous forme de petit amas d'où partent des prolongements en tous sens, soit sous forme de traînées poussant des prolongements latéraux. Bientôt l'épithélium se soulève, tombe et laisse des ulcérations en sillons. En même temps, les douleurs augmentent d'intensité, ainsi que la photophobie et le blépharospasme, ce qui ferait penser que le processus commence à envahir les couches superficielles du tissu cornéen. De plus, il existe des douleurs névralgiques du côté des tempes, mais pas d'inflammation du tractus uvéal ni de sécrétion conjonctivale. La marche habituelle de la maladie est de trois à six semaines ; mais, avec l'ésérine et des lavages au sublimé, on peut abréger la maladie et la guérir en quelques jours, avec ou sans taie, selon la profondeur de l'ulcération.

Pour expliquer l'étiologie de la maladie, l'auteur invoque d'abord la mauvaise constitution des individus atteints. Étant donnée une petite perte de substance épithéliale, elle sert de porte d'entrée aux bacilles que l'on trouve dans les ulcérations et qui constituent la caractéristique de la maladie, sans quoi celle-ci resterait à l'état d'ulcère simple de la cornée. Quant à la forme de l'ulcération, l'auteur l'explique par les propriétés spéciales des bacilles et par leur migration dans les canalicules lymphatiques, qui constituent à la surface de la cornée des voies toutes préparées pour leur migration. ROHMER.

De la tuberculose conjonctivale, par GAYET (*Bull. et mém. de la Soc. franç. d'ophtalm., 3e année, p.* 209).

L'observation que publie Gayet pourrait être considérée comme un cas d'inoculation, en tout cas comme une lésion de tuberculose primitive, qui demande une thérapeutique active.

Il s'agit d'une fille de 26 ans, qui présente des granulations gris bleuâtre qui s'ulcèrent rapidement. Il existe deux ganglions auriculaires. Pas de lésions viscérales. On fait un premier raclage ; les produits sont examinés et permettent de voir les bácilles ; les inoculations successives réussissent sur des cobayes. Une récidive rapide nécessite un nouveau raclage de la conjonctive et du sac lacrymal, puis l'ablation de l'œil avec cautérisation au fer rouge ; l'œil était farci de masses tuberculeuses. En ce moment, la malade présente des ganglions suppurés du cou, mais pas de lésions viscérales.

Rapprochant les différents faits publiés de celui qu'il présente, Gayet tire les conclusions suivantes :

La tuberculose de la conjonctive est probablement plus fréquente que ne le faisait croire le petit nombre de cas publiés ; elle peut être une manifestation locale de la diathèse, mais aussi elle peut être la lésion initiale, la porte d'entrée de la tuberculose. S'il en est ainsi, elle doit

être attaquée énergiquement dans un but de thérapeutique générale; attaquée à fond et dès le début, sans préoccupation de l'œil, si la conservation de cet organe doit gêner l'opérateur dans l'accomplissement de son œuvre de salut. Mais, pour cela, il faut faire un diagnostic prompt et sûr.

Il faudra s'appuyer sur la présence de granulations gris bleuâtre, à demi noyées dans la muqueuse tarsale, les nodules s'ulcèrent rapidement, des follicules se développent sur le fond de l'ulcération. Bientôt, les ganglions préauriculaires seront pris. Si on n'est pas intervenu rapidement, l'œil sera pris, puis l'organisme tout entier.

F. DE LAPERSONNE.

Ein Fall von Scleritis syphilitica, par COHN (*Wien. med. Presse, n°* 28, 1884).

Un sujet de 38 ans se présente à l'auteur avec une vive rougeur des deux yeux; sur toute la sclérotique s'est développé un réseau vasculaire très serré; la cornée et l'iris sont indemnes. L'auteur diagnostique une sclérite due à la fatigue. Au bout de quinze jours, pas d'amélioration. L'auteur pense alors à la nature syphilitique de l'affection et appelle en consultation un oculiste qui repousse ce diagnostic.

Au bout de deux mois l'état est stationnaire. On prescrit alors des frictions mercurielles. Après la sixième friction se manifeste déjà une amélioration sensible. Au bout de quelques jours, des accidents de mercurialisme forcent à interrompre le traitement qui est repris dans la suite.

Pour terminer la cure, un nouveau médecin consulté prescrit l'iodure de potassium; ce remède n'exerce aucune influence favorable et il est nécessaire de revenir au mercure; le sublimé guérit définitivement les accidents.

Il n'y a donc pas de doute possible sur l'origine syphilitique de cette sclérite, qui constitue une affection rare.

L. GALLIARD.

I. — Zur Casuistik der Skleralnaht (Contribution à l'étude de la suture de la sclérotique), par FLEMMING (*Klin. Monatsbl. f. Augenheilk., septembre* 1885).

II. — Zur Anwendung von Suturen bei Skleralwunden (De l'emploi des sutures dans les plaies de la sclérotique), par LANDESBERG (*Ibidem, décembre* 1885).

I. — Il n'existe que peu d'observations de plaies scléroticales étendues, compliquées d'issue du corps vitré et de lésion du corps ciliaire, dans lesquelles le traitement par les sutures ait amené une guérison rapide et complète, avec conservation d'une acuité visuelle suffisante. Mais il est bien plus rare encore de rencontrer des faits dans lesquels la plaie scléroticale se prolonge jusque sur la cornée et l'iris, et de plus, provoque une cataracte traumatique, et qui, traités par la suture et le pansement antiseptique, ont donné une guérison presque complète avec une acuité visuelle fort bonne.

Flemming en rapporte deux cas, dus à Samelsohn, qui se présentaient l'un sans lésion du cristallin, et dont l'autre était compliqué de cataracte traumatique; dans le premier, après guérison, l'acuité visuelle était égale sur deux yeux, myopes l'un et l'autre de plus de 4 D; ce résultat persistait encore onze années après l'accident. Dans le second cas, on réséqua l'iris hernié, on fit une suture sur la sclérotique déchirée et la plaie se ferma par première intention; plus tard, le cristallin qui s'était

opacifié se résorba; cinq mois après l'accident on trouve à l'œil blessé : V = 6/30 avec + 14 D.

Après quelques considérations historiques sur la suture scléroticale, l'auteur résume les faits qu'il a pu trouver dans la littérature anglaise, française et allemande; des 13 observations connues, Flemming conclut que la suture scléroticale a toujours donné un excellent résultat dans les cas de plaies récentes de cette membrane, même avec des lésions voisines (iris, cristallin, etc.) venant la compliquer.

II. — L'auteur a eu occasion de traiter par la suture 11 cas de plaies pénétrantes de la sclérotique : 7 fois la plaie scléroticale était simple, 4 fois elle était compliquée de hernie de l'iris, du corps ciliaire et de l'humeur vitrée; les plaies ont été produites par un canif, des débris de verre, une alène de cordonnier, et siégeaient au-dessous du diamètre horizontal, surtout en dehors et en bas. Les cas simples guérirent facilement; une seule fois, il y eut au bout de six semaines, une iridocyclite qui donna lieu à une phtisie du globe.

Les quatre cas compliqués donnèrent lieu une fois à une guérison, après discision de la cataracte secondaire, V = 10/70; une fois, V = 15/20; une fois, cataracte que le malade refuse de laisser opérer et une fois, phtisie du globe. ROHMER.

Ein Fall von periodisch recidivirendem Herpes iris der Conjunctiva und der äusseren Haut, par BERGMEISTER (*Soc. des méd. de Vienne*, 1er *mai* 1885).

L'herpès iris de la conjonctive a été signalé par Arlt et par Neumann.

Il s'agit ici d'un homme de 30 ans, bien portant, assez robuste qui a, depuis trois ans, des accès périodiques d'herpès iris avec participation constante de la conjonctive.

Premier accès en automne 1883. En 1884, 5 accès, sans fièvre, terminés en trois semaines, plus intenses et plus pénibles en été qu'en hiver. L'éruption conjonctivale, unilatérale ou bilatérale, ne précédait pas toujours l'éruption cutanée. Rien dans la bouche et dans la gorge.

En 1885, 2 accès (février et avril) : œdème, gonflement des paupières à la face interne desquelles existent des membranes grisâtres, adhérentes. Au dos des mains et aux avant-bras, on voit sur plusieurs points la cavité brunâtre entourée d'un cercle de vésicules et de la zone rouge périphérique.

L. GALLIARD.

De l'opération de la cataracte molle par aspiration, par COPPEZ (*Bull. et mém. de la Soc. franç. d'ophtalm.*, 3e *année*, *p.* 145).

Coppez a opéré par ce procédé 81 cas dans ces dernières années, 14 fois pour des cataractes congénitales, 14 fois pour des cataractes molles spontanées, 45 fois pour des cataractes traumatiques ; ces derniers cas sont, suivant l'expression de l'auteur, le triomphe de la méthode. Trois opérés perdirent l'œil par suite d'accidents tout à fait indépendants. Trois autres ont encore des corps étrangers, l'aspirateur n'a pas moins bien réussi. Si la lésion est récente, le succès est certain, et l'auteur ne craint plus la cataracte traumatique depuis qu'il pratique l'aspiration. Si la lésion est ancienne, il peut rester un petit noyau qu'on extrait ou même qui peut être abandonné et se résorbe. La méthode trouve encore son application dans quelques cataractes secondaires, dans les cataractes amaurotiques faites au point de vue esthétique.

On se servira soit de la seringue de Bowmann, soit de l'aiguille de Teale pour succion ; le procédé est très simple ainsi que les conséquences. Parmi les accidents qui ont été signalés, il faut citer l'impossibilité de l'aspiration, qui est due à l'épaisseur de la cristalloïde antérieure, l'issue d'une petite quantité du corps vitré, la présence d'un noyau ; mais celui-ci peut être laissé en place et se résorbe quelquefois. Les contre-indications sont : la présence d'un noyau dans les cataractes incomplètes, les cataractes liquides. F. DE LAPERSONNE.

Ueber eine neues Verfahren unreise Staare zu operiren, nebst Beitrag zur Augen Antiseptik (Sur un nouveau procédé d'opération des cataractes incomplètes, avec contribution à l'antisepsie oculaire), par **WICHERCKIEWICZ** (*Klin. Monatsbl. f. Augenheilk., novembre* 1885).

Peu satisfait des résultats que donnent les procédés de maturation artificielle de la cataracte actuellement en usage (discision, massage, etc.), l'auteur a cru pouvoir modifier sa façon de faire de la manière suivante : Après avoir enlevé le noyau par le procédé ordinaire, il cherche à débarrasser la chambre antérieure des débris corticaux non encore opacifiés, en pratiquant des lavages avec une solution d'acide borique à un centième ; pour cela, il se sert d'un petit vase se terminant, d'une part, par un bec effilé qu'on introduit dans la chambre antérieure et, d'autre part, ayant à sa partie supérieure une petite ouverture qu'on bouche avec le doigt pour empêcher l'écoulement du liquide quand on incline le vase du côté du bec, qu'on débouche, au contraire, quand l'irrigation doit être faite. L'auteur cite plusieurs succès à l'appui de sa manière de faire. Toutefois, dans un cas, l'instillation d'une solution phéniquée donna lieu à des phénomènes inflammatoires qui mirent quinze jours à disparaître. ROHMER.

Deux cas d'érythropsie, par van DUYSE (*Revue générale d'ophtalmologie*, 1885)

La question de l'érythropsie est de date ancienne, mais a été reprise dans ces derniers temps par plusieurs auteurs. Van Duyse en donne un exemple intéressant :

Une femme opérée de cataracte avec iridectomie, deux ans après son opération, éprouve la vision rouge : cet état ne persiste que quelques heures, mais revient à plusieurs reprises, sans causes appréciables, à intervalles de deux ou trois semaines. D. cite en outre un cas de Meyer où l'érythropsie survint au bout de quatre mois, après exposition à un vent violent.

Il fait ensuite un résumé critique des explications qui ont été données. Il passe en revue la théorie du colobomairien de Hirschler et de la torpeur rétinienne de Purtscher qui en est le corollaire. Avec Deimer, Jackson et Robertson, il admet une influence du système nerveux, il cite l'érythropsie qui survient chez les épileptiques en guise d'aura. Pour Benson, ce serait plutôt l'hyperesthésie de la rétine, opinion qui est en partie adoptée par Szili, après Chibret. Galezowski croit à un phénomène physiologique, perception du rouge rétinien ou couleur accidentelle produite par saturation par les rayons ultra-violets. F. DE LAPERSONNE.

Glaucoma and its treatment (Glaucome et son traitement), par JOHNSON (*In-8°, London*, 1884).

Dans ce travail, l'auteur cherche à démontrer que le traitement ordinaire du glaucome par l'iridectomie, qui donne des résultats excellents dans les formes aiguës, est incertain dans les formes chroniques. Après une étude intéressante de l'historique de cette affection, il étudie l'anatomie et la physiologie de l'œil, au point de vue des voies lymphatiques. Toute tension du vitreum, produite surtout par les lésions inflammatoires des procès ciliaires, aura pour effet de repousser la lentille et le ligament suspenseur en avant, et de boucher la voie de communication. Dans quelques cas, l'inflammation est assez faible pour que ces symptômes passent inaperçus, et on ne constate que l'atrophie et la sclérose des tissus de la région ciliaire. Ce processus n'entraîne pas moins l'oblitération des voies lymphatiques.

Pour y remédier, l'auteur fait une opération assez analogue à celle de Hancock ; mais au moyen du bistouri il arrive jusqu'au corps vitré et fait écouler une petite quantité de liquide. F. DE LAPERSONNE.

Pathogénie de l'ophtalmie sympathique, par GAYET (*Lyon méd., p.* 86, 17 *janvier* 1886).

Gayet donne la relation d'un fait qui montre que la transmission inflammatoire peut se faire par la voie rétinienne.

Enfant de 2 ans 1/2; plaie de l'œil par un éclat de verre ; issue d'humeur vitrée, de l'iris qu'on ne peut réduire et qu'on excise. Développement d'une ophtalmie sympathique qui nécessite l'énucléation de l'œil. On trouve à l'examen, une infiltration de cellules embryonnaires entre les lèvres et à la face profonde de la cornée, dans l'épaisseur de l'iris, dans la région de la zonule et le canal godronné, dans toute la choroïde. La rétine est complètement transformée par une énorme agglomération de cellules et ces traînées cellulaires se trouvent dans l'épaisseur du nerf optique, entre les faisceaux nerveux.

Gayet voit là une infection septique des tissus extérieurs de la cornée de l'iris, une invasion des lymphatiques et une pénétration dans la profondeur par l'ora serrata et la rétine. A. C.

Sur les lésions anatomiques de l'atrophie optique, par FUCHS (*Bull. et mém. de la Soc. franç. d'ophthalm.*, 3e *année, p.* 116).

En étudiant la structure normale du nerf optique, l'auteur est arrivé à cette conclusion que dans tous il existe, chez l'adulte, une atrophie partielle. Il rappelle que les travées du tissu conjonctif se divisent en cloisons centrales et cloisons périphériques qui entourent des faisceaux nerveux. Ce sont ces faisceaux périphériques qui sont le plus atteints. Cette atrophie commence par la myéline qui disparaît, les cylindres-axes diminuent et disparaissent à leur tour. Cette atrophie ressemble à l'atrophie grise, c'est-à-dire qu'il n'y a pas d'hyperplasie conjonctive. Cette atrophie pourrait être due à la disposition des vaisseaux. Elle n'a pas de conséquence fâcheuse. F. DE LAPERSONNE.

Traitement du décollement de la rétine par l'iridectomie, par DRANSART (*Bull. et mém. de la Soc. franç. d'ophtalm.*, *3e année, p.* 58).

Après avoir rappelé en quelques mots l'historique de la question, Dransart donne ses résultats. Sur 23 cas, il a obtenu 7 recollements complets, 12 recollements incomplets, 4 résultats nuls.

Dans la première catégorie, la vision a varié de 1/4 à 1/20; dans une observation, elle n'était que de 1/100 ; l'acuité normale n'a été obtenue que 3 fois sur les plus jeunes sujets. Dans la seconde catégorie de recollements incomplets, il range les sujets qui n'ont pas recouvré une bonne acuité visuelle, ou bien ceux qui ont eu plus tard une diminution secondaire de la vision. Il donne ensuite quelques détails sur la méthode. Les deux facteurs essentiels sont l'iridectomie et le repos au lit. On peut y ajouter la pilocarpine, les mercuriaux, les antiphlogistiques. Pour Dransart, le glaucome, la myopie et le décollement de la rétine ont des liens de parenté, il s'agit toujours d'un trouble de la circulation. Ce qui régularise le mieux la circulation troublée de l'œil, c'est l'iridectomie. En résumé, on peut arriver par ce moyen à guérir le quart des malades et améliorer le tiers des autres. Il se propose d'ajouter à l'iridectomie la ponction scléroticale préconisée dans ces derniers temps par Wolfe.

F. DE LAPERSONNE.

Ein Fall von excessiver Drusenbildung in der Papille bei atypischer Retinitis pigmentosa (Un cas de vérucosités excessives développées sur la papille dans une rétinite pigmentaire atypique), par REMAK (*Central. f. prakt. Augenheilk., septembre* 1885).

L'auteur a observé un cas analogue à celui de Hirschberg, déjà publié.

Il s'agit d'un homme de 52 ans, qui fut opéré de cataracte sur un œil perdu depuis l'enfance (2 ans) par blessure avec un instrument piquant. Depuis, l'acuité visuelle était considérablement diminuée, de sorte qu'il n'existait plus qu'une simple perception lumineuse quantitative. La cataracte semblait un peu en régression, avec tremblements de l'iris, et nystagmus, de sorte qu'avant l'opération déjà, on pensa à une lésion de la rétine, et on porta un pronostic sérieux. L'opération se fit sans encombre, et la guérison survint. Alors l'examen montra dans le corps vitré quelques flocons allongés de couleur grisâtre. A la place de la papille, l'image renversée fit voir un aspect particulier ressemblant à une portion du gros intestin retourné ; c'étaient 5 ou 6 agglomérations rondes, un peu allongées, de couleur blanc bleuâtre, séparées les unes des autres par de légers contours. Elles étaient disposées en cercle dont la convexité regardait en dehors; la concavité en dedans, du côté de la macula. Il était impossible, à cause du nystagmus, de mesurer leur relief.

A l'image droite, on voyait quelques vaisseaux très fins, qui ne se prolongeaient que très peu sur la rétine ; sur tout le reste de cette membrane, il n'y avait pas de trace de vaisseaux. En haut et en dedans, de même qu'en bas et en dehors, on voit quelques taches de pigment brun et noir. Entre ces taches et la papille, la couleur rouge de la rétine est diminuée d'intensité. Tout à fait à sa périphérie sont quelques taches blanches, et d'autres accumulations de pigments ne ressemblant nullement aux corpuscules osseux.

Le patient comptait les doigts à 1 mètre 1/2 environ. Le champ visuel, examiné avec les doigts, était diminué en haut, en dedans et en bas. Les

couleurs n'étaient plus perçues. Les verres convexes + 10 n'amélioraient que peu sa vision. ROHMER.

Du gliome de la rétine, par FOUCHARD (*Thèse de Paris, n°* 318, 1885).

Ce travail est une monographie très complète et très sérieuse du gliome de la rétine. Nous ne pouvons que signaler rapidement l'historique de la question, que, à l'exemple de Hirschberg, l'auteur divise en période préhistologique et en période moderne : celle-ci, remplie par les travaux de Hirschberg, de Ivanoff, de Poncet, de Knapp, etc. Relativement au siège, il se rallie à l'opinion qui veut que la tumeur gliomateuse soit formée par la névroglie revenant à l'état embryonnaire (Poncet). Comme la rétine, elle est d'origine ectodermique, le sarcome dérivant du mésoderme. Dans le chapitre du diagnostic, Fouchard montre les difficultés réelles qu'on éprouve quelquefois à reconnaître le gliome de la rétine des endocyclites avec décollement, surtout chez les très jeunes enfants malgré les signes classiques de vascularisation propre de la tumeur (Sichel, Brière), et d'augmentation de la tension extra-oculaire (Mauthner). Au sujet de ce dernier signe, nous pouvons ajouter que, chez les jeunes sujets, il n'est bien reconnu que lorsqu'on a endormi les enfants par le chloroforme. Etant données les difficultés du diagnostic, on pourrait, l'œil étant d'ailleurs perdu, pratiquer une ponction exploratrice avec un fin trocart.

L'auteur a résumé, en manière de conclusions, les indications thérapeutiques. Le seul traitement applicable dans le gliome est l'ablation de l'œil; seulement il importe que, pour être radicalement et définitivement curative, cette opération soit faite d'emblée, dès que les premiers symptômes ont été, pour ainsi dire, devinés ou pressentis, après un diagnostic parfaitement établi. Mais c'est là le point délicat, le chirurgien craignant de se tromper, et, d'ailleurs, les parents acceptant difficilement une opération hâtive. Toute récidive sur place devra être poursuivie par tous les moyens que la science met à notre disposition, excepté lorsque l'on soupçonne une généralisation. F. DE LAPERSONNE.

Ossification of the choroid, par Lyman WARE (*Journal of Amer. med. Assoc., p.* 39, 9 *janvier* 1886).

J. D..., fermier : à l'âge de 9 ans, contusion de l'œil droit avec un manche de canif; perte immédiate de la vision, inflammation de l'œil et des parties voisines durant plusieurs semaines. A 16 ans, l'œil devint douloureux ; le malade était calmé par le séjour dans une chambre noire et des applications chaudes. A 20 ans, l'œil gauche devint sensible à la lumière, avec larmoiement, photophobie, névralgie sus-orbitaire, diminution de l'acuité visuelle et neuro-rétinite. On pratiqua l'énucléation de l'œil droit. La névralgie du côté opposé disparut et la vision redevint normale.

Dans l'œil énucléé, on trouva une ossification de la choroïde dont la portion la plus épaisse répondait à l'entrée du nerf optique. Cette ossification concavo-convexe avait 15 millimètres de long, 4 à 8 millimètres de large ; la plus grande épaisseur était de 2 millimètres. Cinq ans après l'énucléation, les troubles de l'œil atteint d'ophtalmie sympathique n'avaient pas reparu.

MAUBRAC.

La combinaison de la ténotomie avec l'avancement capsulaire, par de WECKER (*Bull. de la Soc. franç. d'ophtal.*, 3e *année, p.* 16).

Dans l'opération ordinaire du strabisme par la ténotomie simple, on éprouve toujours deux difficultés : d'abord asymétrie dans les fentes palpébrales et propulsion du globe avec refoulement de la caroncule; en second lieu, difficulté de dosage de la correction. Pour obtenir une parfaite harmonie d'aspect, il faut obtenir une sorte de *greffe sous-capsulaire.* Les travaux de Motais ont confirmé la possibilité de déplacer le globe par une traction sur la capsule. En raccourcissant par un plissement la capsule au devant de l'insertion du muscle affaibli, non seulement on renforce ce muscle, en doublant son insertion capsulaire, mais aussi on dévie la cornée; le procédé est tel qu'en faisant la traction par les fils, on ferme l'ouverture capsulaire et on s'oppose à toute saillie du globe hors de la capsule.

Lorsqu'il s'agit d'un fort strabisme, on combine la ténotomie avec l'avancement capsulaire. Pour un strabisme convergent, par exemple, on fait à la conjonctive une incision en demi-lune qui découvre le droit externe, puis boutonnière de la capsule, aux deux extrémités du tendon, enfin deux sutures aux deux extrémités du diamètre vertical de la cornée ; puis l'aiguille est introduite dans la boutonnière correspondante de la capsule, glisse sous le tendon et vient traverser le tendon, la capsule et la conjonctive ; on fait alors, s'il y a lieu, la ténotomie du muscle opposé et la fermeture des sutures constitue le dernier temps de l'opération.

F. DE LAPERSONNE.

Le nerf moteur oculaire commun et ses paralysies, par E. BLANC (*Thèse de Paris*, 1885).

Résumant brièvement les faits déjà connus, l'auteur s'est attaché surtout à exposer l'anatomie des origines de l'oculo-moteur, telle qu'on peut la concevoir aujourd'hui après les recherches de Meynert, Mathias Duval, Laborde, Forel, Hensen et Voelkers. On doit admettre aujourd'hui que les origines encéphaliques de l'oculo-moteur sont multiples. Les centres qui régissent le sphincter irien et l'accommodation sont séparés de ceux qui commandent aux muscles extrinsèques de l'œil, animés par l'oculo-moteur. Les premiers occupent le troisième ventricule et sont distincts l'un de l'autre; les seconds, séparés également de façon que chaque muscle ait son noyau spécial, occupent la partie des centres nerveux sous-jacents, à l'aqueduc de Sylvius.

Parmi les causes rares, B.. cite les paralysies toxiques, consécutives à l'absorption de ptomaïnes et à l'intoxication par l'oxyde de carbone. Elles s'observent encore dans la *polyencéphalite supérieure* de Wernicke; dans la paralysie infantile comme dans le tabes, il peut y avoir des lésions de l'oculo-moteur, et c'est ainsi que le strabisme peut être une terminaison de la paralysie infantile. A titre de types cliniques, il admet : 1° la paralysie nucléaire; 2° la paralysie alterne; 3° la paralysie associée ; 4° la paralysie périodique, migraineuse, enfin le ptosis.

F. DE LAPERSONNE.

Diplopia monocularis in oculo cataractoso, par KÖNIGSTEIN (*Wien. med. Presse*, n° 23, 1885).

Un sujet de 66 ans, atteint d'emphysème pulmonaire et de goitre, se plaint d'avoir devant les yeux un nuage qui, depuis une année, devient plus dense. Depuis trois mois il voit double.

L'acuité visuelle est moindre à gauche qu'à droite. L'auteur constate que la diplopie n'existe qu'à l'œil droit, et se manifeste non pas quand le sujet fixe des objets rapprochés, mais quand il regarde des objets lointains. De ce côté existe une cataracte commençante de nature spéciale : la tache cristallinienne a la forme d'une pyramide dont la base touche le bord de l'organe et dont le sommet s'approche du centre de la lentille et divise le cristallin, dans sa partie supérieure, en deux segments d'égales dimensions. On comprend donc que cette opacité divise les rayons lumineux quand la pupille est dilatée, quand le malade veut fixer par exemple des objets lointains. S'il regarde de près, au contraire, la pupille se contracte et la diplopie disparaît.

L'auteur conseille l'usage d'un verre concave qui corrige le trouble visuel et guérit la diplopie monoculaire. L. GALLIARD.

Ueber diabetische Augenerkrankungen (Des affections oculaires du diabète), par SAMELSOHN (*Deutsche med. Woch.*, n° 50, 1885).

L'auteur passe en revue les lésions du cristallin, les troubles de l'accommodation, les amblyopies sans lésion visible à l'ophtalmoscope. Dans la rétine on observe surtout des hémorragies qui siègent de préférence au niveau et autour de la macula lutea. Ce qui permet de les distinguer de celles de la néphrite interstitielle, c'est leur unilatéralité ; dans la néphrite, les deux yeux sont atteints.

La rétinite du diabète est caractéristique : on observe au niveau de la macula une accumulation de petits points jaunâtres, brillants, séparés les uns des autres par des taches apoplectiques. Dans 2 cas, l'auteur a vu ces exsudats spécifiques former un anneau complet autour de la macula.

On constate quelquefois simultanément deux variétés de lésions rétiniennes ; celles de la néphrite et celles du diabète ; on peut alors trouver dans l'urine du sucre et de l'albumine.

Les lésions choroïdiennes décrites par de Græfe et Frerichs, et les altérations de la conjonctive et de la cornée semblent en réalité indépendantes du diabète.

L'auteur insiste sur la fréquence des ophtalmoplégies ; un sujet de 62 ans se présente avec une paralysie complète du moteur commun gauche ; l'auteur examine l'urine et trouve 3^{gr},5 de sucre par litre. Le traitement antidiabétique et la galvanisation guérissent la paralysie en trois mois, mais on voit survenir un anthrax à l'anus et le malade succombe. L'autopsie fait défaut. L. GALLIARD.

I. — Transplantation d'un œil de lapin chez l'homme par CHIBRET (*Revue génér. d'ophtal*), n° 5, 1885.

II. — Observations de greffe oculaire (œil de chien) chez une femme, par ROHMER (*Bull. Soc. de chir., XI, p.* 811).

III. — A case of enucleation with replacement of the human globe by that of rabbit (Enucléation de l'œil, greffe d'un œil de lapin), par H.-W. BRADFORT (*Boston med. journ.*, 17 *septembre* 1885).

IV. — Deux observations de greffe oculaire, par TERRIER (*Bull. Soc. de chir.*, *XI*, p. 811).

I. — Chibret a eu l'idée de substituer à la prothèse oculaire un œil naturel d'animal. Voici le résumé de son observation :

Chez une malade atteinte de staphylôme opaque, on décida l'ablation de l'œil qui fut enlevé avec les précautions antiseptiques. L'œil d'un lapin est alors énucléé en conservant un morceau de conjonctive près du bord inférieur de la cornée, afin de pouvoir saisir et transporter le bulbe avec une pince à fixation, sans le laisser reposer sur un plan résistant. Le tissu cellulaire qui entoure la sclérotique est soigneusement enlevé et l'œil irrigué avec la solution de sublimé à 1/2000. Revenant à sa malade, Chibret fait une suture en bourse sur le bord libre de la conjonctive tapissée par la capsule de Tenon, en passant un fil à droite et un fil à gauche. Le globe oculaire de lapin est alors introduit dans la capsule et la cornée sertie dans les bords plissés de la conjonctive, en nouant les fils en haut et en bas. Le lambeau de conjonctive de lapin laissé pour faciliter les manœuvres est excisé. Bandeau compressif sur les deux yeux.

Quelques douleurs le 5e jour ; la cornée s'est troublée dès le 2e jour. L'œil est soudé. La sensibilité cornéenne apparaît le 10e jour ; elle est même exagérée. La cornée s'éclaircit, mais bientôt (13e jour) elle se nécrose ainsi que l'iris, le cristallin hernié doit être enlevé ; plus tard, suppuration du moignon oculaire, avec vives douleurs intra et périorbitaires et production d'un petit moignon constitué par la sclérotique de l'œil transplanté.

II. — F..., 42 ans. Ablation du globe en sectionnant la conjonctive à 2 millimètres de la cornée. L'œil d'un chien est enlevé en ménageant autour de la cornée une collerette de conjonctive de 3 à 4 millimètres et en laissant adhérer à la sclérotique le tissu cellulaire qui l'entoure. Cet œil est placé dans l'orbite et sa conjonctive réunie à celle du malade par quatre points de suture à la soie. La bandelette conjonctivale se sphacèle et l'œil se vide le 7e jour. La coque oculaire reste seule en place, adhérente et mobile. Trois mois après, ce moignon, toujours suppurant, donna lieu à des phénomènes sympathiques sur l'autre œil et dut être extirpé. Il était fort adhérent aux parties sous-jacentes de l'aponévrose de Tenon. Les phénomènes sympathiques cessèrent après cette ablation.

III. — H..., 35 ans. Moignon anciennement atrophié. Enucléation selon la méthode ordinaire, toutefois les muscles droits furent soulevés avec un crochet et suturés avant d'être sectionnés ; de plus, le chirurgien attirant le globe en avant put tirer le nerf optique et y placer une anse de fil avant de le sectionner au ras de la sclérotique. L'hémorragie fut arrêtée avec de la glace. On enleva alors l'œil du lapin, la conjonctive fut coupée circulairement à 5 millimètres de la cornée ; les muscles furent sectionnés au ras du globe et le nerf optique à 8 millimètres de son point d'entrée dans la sclérotique. L'œil fut alors trempé dans de l'albumine d'œuf et la cavité orbitaire lavée avec la même substance. L'anse de fil passée dans le nerf optique du malade fut passée dans celui du lapin et les bouts des deux nerfs rapprochés par un nœud coulant spécial. L'un des chefs du fil fut coupé court, l'autre fixé au nez par une bandelette de diachylum en évitant toute traction sur le nœud coulant. Les quatre muscles droits furent suturés au tissu sous-conjonctival, puis quatre points de suture réunirent la conjonctive du lapin à celle du malade. Paupières closes, pansement iodoformé, compression : premier pansement le 7e jour, légère opacité de la cornée, atropine et occlusion des paupières ; deuxième pansement le 12e jour, la cornée paraissait s'éclaircir. Deux mois et vingt jours après l'opération, voici quel était l'état du malade. Le globe est de volume, de forme et de tension normale ; ulcère à la face externe de la cornée. La conjonctive est normale, l'iris est un peu trouble,

passablement dilaté, insensible à la lumière. Le corps vitré offre quelque opacité, le nerf est peu distinct. Les mouvements du globe s'exécutent très bien et dans toutes les directions. En somme résultat satisfaisant.

IV. — H..., 30 ans. Ablation de l'œil par les procédés habituels. Aussitôt ablation d'un œil de lapin en ayant soin de laisser autour de la cornée une certaine quantité de conjonctive et en évitant de dénuder absolument le globe de son tissu cellulaire. Cet œil est lavé dans la solution d'acide borique et placé immédiatement dans l'orbite du malade. La conjonctive est alors facilement amenée autour de cet œil et maintenue par des pinces à pression tenues par des aides. Suture en soie fine à points séparés (8) entre la conjonctive humaine et la conjonctive animale. Pansement boriqué avec légère compression ouatée. Douleurs légères qui se calment dans la nuit, entropion de la paupière inférieure. La cornée se flétrit et se sphacèle définitivement le 4e jour; le 6e les derniers vestiges sphacélés de l'œil du lapin sont enlevés. L'opéré sort guéri 6 jours après.

Dans sa seconde opération, Terrier, instruit des résultats obtenus par Bradfort, adopta le procédé du chirurgien américain.

H..., 66 ans. Enucléation : la conjonctive est sectionnée très près de la cornée; chacun des muscles droits est chargé sur un crochet à strabisme, traversé d'un fil de soie et sectionné sur le globe. Le nerf optique coupé trop court ne peut être retrouvé. Hémostase par compression avec une éponge boriquée. On enlève un œil de lapin en laissant 2 ou 3 millimètres de conjonctive autour de la cornée et sans enlever le tissu cellulaire qui entoure la sclérotique. Il est placé dans l'orbite après avoir été plongé dans la solution borique tiède : au niveau de chaque muscle droit suture comprenant la conjonctive du sujet, le muscle droit et la conjonctive du lapin. Pansement occlusif avec l'ouate boriquée. Le lendemain légère tuméfaction des paupières. Un peu d'entropion de l'inférieure. Cornée insensible et légèrement trouble. Même état le surlendemain; on cherche à combattre l'entropion en mettant du collodion sur la face cutanée de la paupière inférieure. le 4e jour, il y a un peu de sphacèle au niveau des quatre sutures; dans les points intermédiaires la conjonctive du lapin est parfaitement réunie à celle du sujet. L'œil est très mobile, mais la cornée plus opaque ne laisse plus voir l'iris; elle est un peu dépolie en bas par suite du frottement des cils déviés par l'entropion. L'état de la cornée paraît s'améliorer légèrement les jours suivants, mais l'entropion se reproduit à deux reprises et l'ulcération correspondante amène l'évacuation du contenu de l'œil le 19e jour. Depuis 8 jours, la paupière inférieure était maintenue en bas par un fil passé à travers elle. Quelques jours après, pour éviter les accidents possibles, le moignon de l'œil de lapin, très adhérent, est enlevé.

Analysant ces diverses observations, Terrier discute l'influence de l'âge, qui paraît peu importante, et surtout le manuel opératoire.

Le meilleur des procédés employés jusqu'ici est celui de Bradfort; la suture du nerf optique et des muscles droits, l'occlusion prolongée du globe et l'emploi du pansement iodoformé paraissent en être les principaux éléments de succès. Mais on peut le modifier un peu et voici ce que Terrier propose :

Suture du nerf optique au catgut, perdue. Suture des muscles droits à la conjonctive et non au tissu cellulaire sous-conjonctival comme le conseille le chirurgien de Boston. L'usage de l'albumine d'œuf ne paraît pas nécessaire ; Terrier préférerait du sérum artificiel nouvellement préparé. Mais il paraît nécessaire de faire, en outre, l'occlusion temporale des paupières avec un ou deux fils d'argent pour éviter tout frotte-

ment sur le globe, et surtout l'entropion qui a paru la cause de l'insuccès chez le dernier opéré de Terrier.

Quant à la valeur de la greffe oculaire, tout ce qu'on peut dire aujourd'hui, c'est qu'elle est possible; l'observation montrera si l'œil transplanté s'atrophie ou conserve sa transparence. M. HACHE.

I. — Ueber schädliche Wirkungen des Cocaïns auf die Hornhaut (De l'action nuisible de la cocaïne sur la cornée), par BUNGE (*Klin. Monatsbl. f. Augenheilk., septembre* 1885).

II. — Bulbusstellung nach Cocaïngebrauch (De la position du globe de l'œil après instillation de cocaïne), par BAAS (*Ibidem, octobre* 1885).

III. — Unfälle bei Cocaïngebrauch (Accidents dans l'emploi de la cocaïne), par HENSE (*Centralbl. f. prakt. Augenheilk., septembre* 1885).

I. — Un œil, prêt à être opéré de cataracte, est cocaïnisé; au moment d'intervenir, on remarque que le centre de la cornée, sur une surface circulaire d'au moins 4 millimètres, est privé de son épithélium; toute la cornée, du reste, est parfaitement transparente; la partie dénudée d'épithélium, ainsi que le reste de la membrane, est parfaitement insensible; pas de douleurs ni de phénomènes d'irritation d'aucune sorte. L'opération fut remise; au bout de 24 heures, la dénudation épithéliale était comblée, et trois jours après, on fit l'extraction de la cataracte, sous le sommeil chloroformique.

Dans un second cas, la cocaïnisation (4 fois en 1/4 d'heure) s'accompagna de dénudation épithéliale et d'une légère irritation conjonctivale. Le lendemain, tout avait disparu, et l'on put extraire la cataracte sous le chloroforme, sans complication aucune; dans ce cas, outre la cocaïne, on avait employé de nombreux lavages de l'œil au sublimé (1/5000); mais celui-ci doit être mis hors de cause.

Outre ce dépoli de la cornée, l'auteur a encore observé dans 6 cas un trouble interstitiel de la cornée, et dans un cas une kératite vésiculeuse qui mit environ 6 semaines à évoluer : elle s'accompagnait d'hypotomie de l'œil, mais sans douleur ni sécrétions, conjonctivale ou lacrymale, exagérées. Six mois après l'accident, le trouble cornéen parenchymateux ne montrait encore aucune tendance à disparaître dans un cas, et le malade ne voyait guère plus qu'avec sa cataracte; pour les autres cas, le pronostic paraît moins sévère, et l'on peut espérer voir disparaître l'opacité cornéenne.

II. — L'auteur insiste sur ce fait que, pendant le sommeil naturel, ou chloroformique, le globe de l'œil est tourné en haut et en dehors : tandis qu'après l'usage de la cocaïne, la cornée est dirigée directement en avant, et pour découvrir toute la surface antérieure du globe, il suffit de relever la paupière supérieure. L'œil reste dans cette position pendant tout le temps que dure l'insensibilité cocaïnique, sans qu'il soit besoin de le fixer. Si l'on commande au malade de regarder dans une autre direction, l'œil reste parfaitement fixé dans cette nouvelle position. Dans une note jointe à cette courte remarque Baas émet diverses explications du phénomène, ainsi que de l'hypotomie de l'œil sous l'influence de la cocaïne.

III. — L'auteur a observé des accidents généraux et locaux.

Comme accidents généraux, on peut voir survenir à la suite de l'instillation de quelques gouttes de cocaïne dans l'œil, du malaise, des vomissements, de l'agitation, du délire, de la fatigue, tout cela persistant pendant 4 à 5 jours.

Dans un cas, il s'agit d'un prolapsus de l'iris à travers une perforation de la cornée par ulcération. Instillation de cocaïne, excision de l'iris et cautérisation galvanocaustique ; dans la nuit suivante, douleurs dans l'œil et panophtalmie. L'auteur attribue ces accidents à la cocaïne, parce que quelques années auparavant il en avait observé d'analogues après emploi d'une solution d'ésérine, dans laquelle le microscope lui permit de constater une quantité énorme d'éléments cellulaires. Le sublimé au 1/5000 serait seul capable de stériliser une solution de cocaïne impure et d'empêcher ces accidents inflammatoires. ROHMER.

Des effets toxiques de la cocaïne dans la pratique ophtalmologique, par Mikhail REICH (*Russkaia med.*, n° 30, 1885).

Reich rapporte deux cas d'intoxication consécutive à l'emploi d'une solution de chlorhydrate de cocaïne à 2 0/0.

Chez une fillette de 10 ans, on avait instillé 15 gouttes pour un iridectomie dans un cas de leucome ; l'opération avait été faite sans douleur. A peine l'enfant était-elle dans son lit que survinrent de la prostation, des nausées, des vomissements. Le lendemain les symptômes toxiques avaient disparu.

Chez une autre malade, âgée de 60 ans, opérée de la cataracte, une dose analogue amène, deux heures après, de la céphalée, de la stupeur, du tremblement des mains, avec affaissement général profond. Tous ces symptômes se dissipèrent vers la fin du jour. A. C.

Ueber Desinfection bei Augenoperationen (De la désinfection dans les opérations sur l'œil), par ROSENZWEIG (*Centralbl. f. prak. Augenheilk.*, *septembre* 1885).

En présence de l'action nuisible de la plupart des liquides antiseptiques (acide borique, sublimé, acide phénique, etc.) sur les instruments, l'auteur conseille la pratique suivante facile à appliquer, même en dehors de l'hôpital.

Dans un vase en métal, il met 40 grammes d'acide borique à 5 0/0 et 30 grammes d'alcool à 38°, et fait bouillir ce mélange sur une lampe à alcool. Une fois que le liquide est entré en ébullition, on y trempe pendant 3 à 5 secondes, les couteaux, lancettes, etc, et on les essuie, puis on recommence 2 ou 3 fois, sans leur faire perdre leur fil; quant aux instruments plus compliqués et non tranchants (pinces, élévateurs, etc. on les fait tremper dans le liquide bouillant pendant 1 à 3 minutes. Les bons résultats des opérations font que l'auteur recommande particulièrement cette pratique. ROHMER.

MALADIES DES OREILLES, DU NEZ ET DU LARYNX.

A practical treatise on nasal catarrh and allied diseases (Traité pratique du catarrhe du nez), par Beverley ROBINSON (*in-8°*, 275 *pages*, 2ᵉ *édit.*, *New York* 1885).

La première édition de cet ouvrage ne comportait qu'une étude de la rhinite aiguë et chronique ; dans cette deuxième édition, l'auteur a dû

joindre plusieurs chapitres consacrés à des affections qui confinent de trop près au catarrhe nasal pour ne pas figurer dans un traité pratique. Des additions successives dans la prochaine édition conduiront, je l'espère, notre ancien collègue à embrasser dans son ensemble l'étude des affections du nez.

Après un aperçu détaillé de la rhinoscopie, des méthodes d'investigation, des instruments qui lui ont paru les mieux combinés, Robinson expose longuement les conditions (régime, hygiène, genre de vie, vêtements, etc.) qui peuvent mettre à l'abri du coryza aigu. On s'étonnerait quelque peu de voir l'auteur consacrer de si longs développements à une affection banale, si l'on ne savait que ces attaques répétées de coryza amènent trop facilement à leur suite du coryza chronique, de l'hypertrophie de la muqueuse et tous les troubles qui en dépendent. D'une façon générale, dans le coryza aigu comme dans le coryza chronique, Robinson a recours aux poudres insufflées dans le nez de préférence aux inhalations, pulvérisations. La question du traitement est du reste présentée avec des détails minutieux sur le choix de telle ou telle préparation, sur le moyen de la faire tolérer, de la bien appliquer, et l'auteur justifie bien le titre de son ouvrage : *Traité pratique*.

Dans le catarrhe hypertrophique, dans l'hypertrophie des cornets, Robinson repousse les douches nasales et même les sprays astringents ou caustiques ; il a recours aux insufflations de poudres au début, et si l'amélioration ne se produit pas il passe au traitement chirurgical, cautérisations (à l'acide acétique) ou ablation par le serre-nœud.

Un long chapitre est consacré à l'étude de la pharyngite chronique ; pour Robinson, cette affection n'est pas la suite fatale de la rhinite chronique ; il faut, pour qu'elle se développe, qu'il y ait chez le sujet prédisposition par un état diathésique ; la rhinite n'agit que comme cause adjuvante. Aussi fait-il, dans le traitement de la pharyngite, une large place à la médication générale, fer, arsenic, eaux minérales, etc.

Dans la seconde partie de l'ouvrage, l'auteur passe en revue les troubles auditifs causés par les inflammations nasales, les déviations de la cloison, le coryza ulcéreux, les tumeurs adénoïdes et les polypes muqueux.

A. CARTAZ.

Lectures on the diseases of the nose and throat (Maladies du nez et de la gorge), par Charles-E. SAJOUS (*in*-8°, 430 *pages*, *Philadelphie* 1885).

Les leçons professées par Sajous, à Jefferson medical College, forment en réalité un traité complet des maladies du nez et de la gorge ; toutes ne sont pas étudiées avec de grands développements, mais les affections essentielles tiennent la plus large place. L'auteur a laissé à dessein de côté toutes les considérations théoriques qui n'eussent pas été à leur place dans un cours d'enseignement pratique ; le lecteur n'en est que plus à l'aise pour suivre l'étude clinique et thérapeutique. Il trouvera, à défaut d'un exposé historique et des controverses suscitées sur tel ou tel sujet, les résultats de l'expérience acquise par l'auteur et l'ensemble des moyens les plus aptes à amener la guérison de l'affection nasale ou laryngée. Sajous prend même soin d'indiquer les formules qui lui ont semblé le plus efficaces.

Je signalerai seulement quelques détails. Sajous désigne le catarrhe des foins, l'hay-fever, sous le nom de rhinite hyperesthésique périodique, et admet, au point de vue de la pathogénie de cette affection, une théorie éclectique, tenant compte à la fois de la présence d'un agent irritant externe, pollen, poussière, etc., d'une susceptibilité, d'une prédisposition particulière, enfin de la présence d'une zone sensitive vulnérable, créée par un état anormal, pathologique de la muqueuse nasale. Le traitement doit viser la destruction de ces zones sensitives, et Sajous a recours pour cela à la cautérisation au galvano-cautère ou avec l'acide acétique en solution combinée avec la cocaïne.

Dans la pharyngite nasale postérieure, dénomination qu'il préfère à celle de catarrhe post-nasal, il a renoncé aux lavages par le nez pour faire des irrigations directes en portant une canule d'un modèle spécial par la bouche, en arrière du voile. Pour la pharyngite granuleuse, folliculeuse, il adopte, comme la plupart des spécialistes, les cautérisations ignées au galvano- ou thermo-cautère.

L'ouvrage est illustré d'un grand nombre de planches, dont plusieurs coloriées, qui, si elles ne sont pas l'idéal de l'art, ont le mérite d'être fidèles, ayant été exécutées par l'auteur. A. CARTAZ.

Angioma of the nose (Angiome du nez), par John-O. ROE (*New York med. journ.*, 16 *janvier* 1886).

Observation d'une tumeur angiomateuse (reconnue telle après l'ablation par l'examen histologique), ayant pris naissance à l'extrémité postérieure de la cloison et obstruant complètement une narine. Le malade était âgé de 68 ans. On la prit d'abord pour un polype et une tentative d'extraction par les pinces amena une hémorragie grave. La tumeur, qui avait toutes les apparences d'un fibrome, fut enlevée avec le serre-nœud de Jarvis. Le point d'implantation fut cautérisé; mais quelques semaines plus tard, la tumeur récidivait et l'examen montrait les caractères du sarcome. Le malade succomba, six mois plus tard, par épuisement; la tumeur angio-sarcomateuse remplissait alors toute la narine.

L'auteur retrace, à propos de ce cas, l'histoire des angiomes du nez et donne un tableau résumé des 14 observations qu'il a recueillies dans la littérature; sur ces 14, 10 sont fournies par des auteurs français. A. CARTAZ.

The relation between chronic otitis media catarrhalis and chronic rhinitis, par Charles H. BURNETT (*The med. news*, 25 *juillet* 1885).

L'auteur, dans ce travail, insiste sur les rapports intimes qui existent entre l'otite catarrhale chronique non suppurée et le catarrhe nasal. Sur 55 cas d'otite, il trouve 47 cas où le catarrhe nasal (hypertrophique) est des plus marqués, 8 où il s'agit au contraire de catarrhe atrophique avec desquamation épithéliale ou dégénérescence fibroïde de la muqueuse.

L'otite, dépendant du catarrhe nasal hypertrophique, est moins grave comme pronostic que celle qui se présente avec un catarrhe atrophique. Les bourdonnements sont peu prononcés, n'existent quelquefois pas. L'aspect de la membrane tympanique est très variable; dans certains cas, elle était opaque et rétractée; dans 3 cas, elle était normale; dans d'autres, elle était rouge, rétractée.

Dans la forme atrophique, les bourdonnements de tous genres sont la règle; la trompe d'Eustache est cependant largement ouverte et perméable, comme si l'atrophie avait gagné ce conduit et élargi le canal.

La membrane tympanique est blanche, épaisse, rétractée.

Le traitement doit, avant tout, s'adresser à la lésion naso-pharyngée; l'otite diminue et disparaît sous l'influence de cette transformation du catarrhe nasal. Burnett recommande les pulvérisations à l'iodure de zinc, phénate de zinc, les badigeonnages avec l'iode ioduré. Il repousse le nitrate d'argent dans le catarrhe hypertrophique.

Dans le catarrhe atrophique, après l'ablation des croûtes par le lavage ou le spray, il faut avoir recours aux insufflations de poudre au nitrate d'argent.

A. CARTAZ.

I. — Des névroses réflexes déterminées par les affections nasales, par J. BARATOUX (*Rev. mens. de laryng.*, 1er *décembre* 1885).

II. — De l'aphonie complète par lésion nasale, par BRÉBION (*Ibid.*, 1er *décembre* 1885).

III. — Contribution à l'étude des névroses réflexes par lésions nasales (Aphonie spasmodique et spasme du larynx), par Th. HERING (*Ibid.*, 1er *décembre* 1885).

I. — Baratoux ne croit pas que la zone hyperesthésique, qui donne lieu aux manifestations réflexes, siège sur les cornets. D'après lui, cette zone siégerait sur la partie postérieure de la cloison. On peut s'en assurer en anesthésiant les cornets par un badigeonnage à la cocaïne; les cornets restent insensibles à un attouchement qui provoque au contraire sur la cloison l'excitation réflexe. Les manifestations si nombreuses qu'on a attribuées à l'hypertrophie des cornets tiennent simplement à l'irritation produite par le contact plus ou moins permanent du cornet hypertrophié contre la cloison. On s'explique que le cornet étant détruit l'effet disparaisse.

II. — Brébion publie deux observations d'aphonie rebelle chez des malades qui ne présentaient, du côté du larynx, aucune lésion capable d'expliquer la perte plus ou moins complète de la voix. Dans le premier cas, l'extirpation de polypes du nez, dans le second la destruction d'un cornet hypertrophié, amenèrent la cessation des crises spasmodiques et le retour intégral de la voix.

Jusqu'à nouvel ordre, l'auteur s'en tient à l'interprétation suivante: il pense que l'aphonie résulte de troubles d'insertion dans les muscles inspirateurs, troubles produits sous l'influence de l'irritation de la zone nasale, transmise à la moelle par le nerf sphénopalatin et réfléchie de là sur les muscles de l'expiration.

III. — H... confirme ces faits en publiant une observation de spasme glottique produit par des polypes muqueux du nez et radicalement guéri par l'ablation de ces polypes; deux autres observations où l'hypertrophie des cornets et le gonflement de la muqueuse nasale avaient amené une véritable aphonie, également guérie après le traitement de l'affection du nez.

A. CARTAZ.

I. — The therapeutic of hay-fever (Traitement de la fièvre des foins), par F.-A. BURVILL (*New York med. Record*, 24 *octobre* 1885).

II. — Cocaine in hay-fever, par J.-W. STICKLER (*Ibidem*, 17 *octobre* 1885).

III. — Note on the therapeutics of hay-fever, par Beverley ROBINSON (*Ibidem*, 17 *octobre* 1885).

IV. — Hay-fever; its causes and cure, par E. FLETCHER INGALS (*Med. News*, 4 *juillet* 1885).

V. — Is there a cure for hay-fever? (La guérison de l'asthme des foins est-elle possible?), par W. CHATHAM (*Louisville med. news*, 22 *août* 1885).

VI. — Deux cas de fièvre des foins, par R. KÖHLER (*Przegl. lekarski*, n° 44, 1885).

VII. — A remedy for hay-fever, par J. PHILPOTS (*Brit. med. Journal*, 29 *août* 1885).

VIII. — Cocaine in hay-fever, par W. CHATHAM (*Ibid.*, 1885). — *Idem*, **par S.-C. AYRES** (*Cincinatti lancet and clinic*, 3 *octobre* 1885).

I. — Sans insister sur la théorie bizarre de l'auteur concernant l'action de la cocaïne, signalons deux observations dans lesquelles une injection hypodermique de cocaïne dans la fièvre des foins amena un soulagement notable, suivi, il est vrai, deux heures après, de congestion céphalique.

II. — Introduction dans le nez de trochisques contenant chacun trois quarts de centigramme de cocaïne.

III. — Acide phénique, 1; glycérine, 3, pour badigeonner toute la muqueuse du nez. Ce médicament agirait en modifiant les points hyperesthésiés de la muqueuse.

IV. — Résultat de l'emploi de la cocaïne: elle calme les symptômes pénibles de la fièvre confirmée; elle sert à permettre l'emploi du galvano-cautère sur les points hyperesthésiés que l'on reconnaît à l'avance par l'exploration au stylet. Cette cautérisation superficielle doit avoir lieu avant l'accès.

V. — La fièvre des foins est-elle curable? L'auteur répond affirmativement. Il recommande la destruction des points hyperesthésiés de la muqueuse par différents moyens, surtout le galvano-cautère. Il conseille en outre un traitement général.

VI. — Ces deux cas guérirent par un traitement local. Dans le premier, il existait un catarrhe hypertrophique avec gonflement du cornet inférieur gauche. Le galvano-cautère et les insufflations de nitrate d'argent firent disparaître la lésion et consécutivement l'asthme des foins. Dans le deuxième, il y avait gonflement du cornet inférieur de chaque côté, relâchement et gonflement léger du reste de la muqueuse. Quatre séances de galvano-cautère suffirent à la guérison. Outre l'état local, il faudrait une prédisposition nerveuse pour donner naissance à la maladie.

VII. — Pendant la maladie, dès le début, on peut insuffler dans le nez un peu de la poudre suivante: acide borique, 2; salicylate de soude, 2,5; chlorhydrate de cocaïne, 0,12; de même au début du rhume de cerveau.

VIII. — L'auteur croit que la fièvre des foins ne doit plus tourmenter

personne. Certains malades sans lésions nasales emploieront la cocaïne, les autres se soumettront à un traitement contre l'hypertrophie nasale, la déviation de la cloison, les polypes, etc. R. CALMETTES.

Ostéome éburné du nez, par O. HABERMAAS (*Chirurg. Klin. Tubingen*, 2, 1884).

La narine gauche était complètement oblitérée. Ouverture sur la ligne médiane et ablation de la tumeur qui était suspendue à la lame criblée de l'ethmoïde par un pédicule du volume du pouce. Ces tumeurs sont rares dans le nez. R. C.

Case of rhinolith, with remarks, par CRESSWELL BABER (*Brit. med. j. p.* 736, *octobre* 1885).

Un médecin vint consulter l'auteur pour une sécrétion de la narine gauche, aqueuse pendant le jour et purulente pendant la nuit. Ce symptôme durait depuis trois mois. L'examen rhinoscopique de cette narine montrait un épaississement de la muqueuse et des granulations. Entre la cloison et le cornet inférieur se voyait un corps d'aspect noirâtre, dur et mobile, perdu au milieu des granulations. Après quelques tentatives l'auteur réussit à extraire le corps étranger, qui était constitué par un bouton de guêtre introduit accidentellement dans le nez quatre ans auparavant. H. R.

Ein Fall von Rhinolithiasis, par O. CHIARI (*Soc. des méd. de Vienne*, 16 *octobre* 1885).

Sur 40 cas de calculs des fosses nasales signalés par les auteurs on trouve plus d'une fois sur deux un corps étranger au centre de la production.

L'auteur a extirpé de la fosse nasale droite d'une jeune femme un calcul au centre duquel il a constaté un bouton métallique. Ce rhinolithe, constitué par du carbonate et du phosphate de chaux avec quelques matériaux organiques, se dissimulait derrière la muqueuse tuméfiée du cornet inférieur, et la sonde ne l'a atteint qu'à grand'peine; il a fallu se servir, pour l'extraire, d'une forte pince à polypes.

La malade se plaignait depuis plus de dix ans d'oblitération de la narine et de coryza purulent. Il est probable que le corps étranger était fixé là depuis l'enfance.

Guérison complète après l'opération. Le cornet inférieur se trouve atrophié, de sorte que la narine droite est devenue plus large que la gauche.

L. GALLIARD.

Tuberculosis Veli palatini, par V. UCKERMANN (*Norsk. magazin for Lagevid.*, *XIV*, 9, 1884).

F. de 35 ans. Tuberculose primitive du voile (bacilles). Larynx, poumons sains. Iodoforme et glycérine phéniquée à 20 0/0 appliqués tous les jours. Guérison au bout d'un mois avec cicatrice à peine visible. R. C.

Two cases of retropharyngeal abcess, par T.-A. de BLOIS (*Journ. of the americ med. Associat.*, 18 *juillet* 1885).

Il s'agissait d'un enfant de 3 ans et d'un de 7 mois. L'abcès était idiopathique. Après l'incision, prostration énorme. A ce sujet, l'auteur se demande si l'aspiration n'eût pas été préférable. Il eut soin d'incliner la tête en avant au moment de l'évacuation. R. C.

Clinical cases of diseases of the throat and nose (Faits cliniques relatifs à des affections de la gorge et du nez), par Hunter MACKENZIE (*Edinb. med. journ., p.* 320, *octobre* 1885).

Cette note renferme, outre certains faits de corps étrangers des fosses nasales, d'hémorragie après l'amygdalotomie, de lupus du larynx, un cas assez remarquable d'hémoptysie pulmonaire prise pour une hémorragie pharyngée. L'erreur inverse est plus habituellement commise.

Il s'agit d'un individu de 24 ans, sujet à des maux de gorge et qui crachait des filets de sang. Au laryngoscope, on apercevait en effet un état variqueux des veines pharyngées, et, juste à ce moment, le malade étant pris d'une quinte de toux, on vit apparaître une petite exsudation hémorragique sur la muqueuse du pharynx. Cependant, en détergeant avec un pinceau la paroi pharyngienne, il devint évident que le sang ne se produisait pas là où il était apparu, et qu'il venait du poumon. Il renfermait des bacilles tuberculeux.

R. C.

Ein dreifach getheilter Pharynx (Pharynx à trois loges), par HOFMANN (*Deutsche med. Woch., n°* 28, 1885).

Une femme de 58 ans présente une division de la cavité pharyngienne en trois compartiments distincts (nasal, oral et laryngé) par des cloisons horizontales qui résultent de lésions syphilitiques. La cloison supérieure est constituée par une cicatrice partant du voile du palais; la cloison inférieure, par deux autres cicatrices latérales circonscrivant une étroite ouverture qui sert au passage de l'air et des aliments. De là l'extrême dyspnée qu'éprouve la malade et la gêne considérable de la déglutition.

Ces cicatrices ont été divisées par le couteau galvano-caustique et la malade a pu recouvrer en grande partie l'usage du pharynx; les troubles respiratoires ont cessé.

L. GALLIARD.

Syfilis opstaaet ved infection gjennem Svielget (Syphilis primitive du pharynx), par HASLUND (*Hospitals Tidende*, 8 *juillet* 1885).

1er *cas.* — F..., 20 ans, infectée par la brosse à dent d'une femme syphilitique : chancre du pilier antérieur gauche. — 2me *cas.* Ouvrier de 25 ans. Infection par baisers, chancre de l'amygdale droite. — 3me *cas.* Même cause. — 4me *cas.* Femme de 41 ans, chancre du pilier antérieur gauche. Étiologie obscure. A soigné un enfant qui semble avoir succombé à une syphilis congénitale.

Le diagnostic doit être fait avec la syphilis secondaire, le chancre mou, les gommes ulcérées, l'épithélioma, la diphtérie pharyngée, la tuberculose.

Très rarement, d'après l'auteur, cette contagion se fait par un coït anormal; bien plus souvent il s'agit de baisers et d'instruments qui entrent en contact avec les lèvres et la partie antérieure de la bouche. Les observations rapportées plus haut parlent en faveur de cette étiologie.

R. CALMETTES.

Syphilitic stenosis of pharynx, par F.-T. PAUL (*Liverpool medico-chirurgical Journal, juillet* 1885).

F..., 25 ans. La sténose semble être congénitale. Tout le voile est détruit; la voûte adhère à la langue par un tissu cicatriciel résistant. Il existe seulement à droite un orifice qui admet un cathéter numéro 12. Le passage est

tellement dévié que la sonde n'arrive pas dans l'œsophage. La dyspnée a obligé il y a 3 ans à faire la trachéotomie; la canule est encore en place. L'incision des parties cicatricielles n'a pas donné un résultat permettant de l'enlever. R. C.

Des polypes papillomateux du voile du palais, par Ant. COURTADE (*Thèse de Paris*, 1885).

Ces petits tumeurs pédiculées, constituées par des papillomes vrais, avec dilatation plus ou moins grande des vaisseaux, s'observent en général chez des sujets atteints depuis longtemps d'inflammation chronique de la gorge. Elles siègent tantôt sur la face supérieure du voile, tantôt sur le bord libre ou sur les piliers. Leur présence ne se manifeste que par un chatouillement désagréable, amenant parfois de la toux, de la sécheresse de la gorge par la fréquence des mouvements de déglutition. L'extirpation, en général très facile, met fin à tous ces petits inconvénients.

Courtade publie sept observations inédites. A. C.

Two cases of unilateral œdema of the larynx due to traumatism, par Solomon SOLIS COHEN (*Med. News*, 19 *décembre* 1885).

Solis Cohen relate deux faits d'œdème unilatéral du larynx résultant d'une blessure légère par la déglutition d'un fragment d'os.

Dans le premier cas, une négresse de 17 ans avale une arête de poisson, cherche à la déplacer avec le doigt et est prise bientôt après de dyspnée avec accès de suffocation. Elle vient à la clinique le lendemain (20 heures après l'accident), et on trouve l'épiglotte gonflée formant une tumeur arrondie, vésiculeuse, tendue. Œdème très prononcé du repli aryépiglottique et de l'éminence aryténoïdienne, à gauche ; un très léger œdème de l'éminence aryténoïdience. A droite, on ne trouve pas de corps étranger. Scarification cathartique, compresses de glace. En deux jours, l'œdème a disparu, ne laissant qu'un peu de congestion.

Dans le deuxième cas il s'agit d'un homme de 42 ans qui, ayant avalé de travers un fragment d'os de porc, fut pris d'accidents analogues de dyspnée. L'œdème était également localisé d'un seul côté et disparut rapidement sous l'influence du même traitement. A. C.

De la tuberculose laryngée considérée dans ses rapports avec celle de la peau, par C. LEROY (*Archives de physiologie*, 30 *septembre* 1885).

La phtisie laryngée offre trois types :

Dans le premier, il existe un épaississement considérable de la muqueuse du larynx, un état mamelonné des replis aryténo-épiglottiques et de vastes ulcérations. Au microscope, on constate une infiltration tuberculeuse étendue de la muqueuse laryngée. Cette forme est comparable à certains cas de lupus non exedens qui, après une évolution torpide, sont le siège d'une poussée aiguë suivie de vastes destructions.

Dans le deuxième type les lésions diffèrent sur les cordes vocales inférieures et dans le reste du larynx. Les cordes vocales inférieures peuvent être simplement hypertrophiées, présentant des exulcérations en coup d'ongle qui résultent d'un processus d'altération cavitaire des éléments épithéliaux, identique au processus d'altération cavitaire de l'épiderme décrit par Leloir dans le lupus, ou bien elles sont surmontées de végéta-

tions dont la structure rappelle celle des tubercules de guérison, végétations qui, lors de leur délitescence, donnent lieu à des ulcérations fissurales. Sur les autres points du larynx, ce que l'on peut observer, ce sont des ulcérations folliculaires ou glandulaires qui résultent de la transformation caséeuse des glandes envahies par les cellules embryonnaires.

Dans le troisième type, les lésions ne sont visibles qu'au microscope. Le chorion muqueux et les glandes sont chroniquement enflammés, et l'épithélium est notablement altéré. Les lésions du larynx sont, dans cette forme, assimilables aux lésions que l'on observe dans la peau atteinte de lupus scléreux et de lupus érythémateux. A. GILBERT.

Traitement de la tuberculose laryngée et pharyngée, par E. SCHMIEGELOW (*Hospitals Tidende*, n° 49, 1884).

Excellents résultats du galvano-cautère et de l'iodoforme en poudre ou en solution éthérée contre les ulcérations tuberculeuses (entre autres une cicatrisation datant de quatorze mois). R. CALMETTES.

Ueber Laryngitis hypoglottica acuta gravis de Ziemssen, par R. NAETHER. (*D. Arch. f. klin. Med.*, *Band XXXVII*, *Heft* 6, *p.* 592).

Ziemssen, Burow, Rauchfuss et d'autres auteurs ont décrit sous ce nom l'affection que l'on appelle en France œdème sous-glottique et à laquelle R. Naehter consacre une étude d'ensemble à propos d'une observation nouvelle.

Il existe au-dessous de la corde vocale inférieure un espace sous-muqueux, conjonctif, limité en bas par le bord inférieur du cartilage cricoïde, d'une hauteur verticale de 2 centimètres à 2 centimètres et demi, dans lequel on peut, à l'aide d'une seringue de Pravaz, provoquer une sorte d'œdème artificiel. Cet œdème artificiel, unilatéral, se trouve arrêté en haut par le bord libre de la corde vocale inférieure, à moins qu'on n'emploie une pression considérable; dans ce cas, l'œdème peut franchir la corde vocale inférieure et gagner le ventricule de Morgagni.

Cet œdème sous-glottique reste habituellement limité à la région sous-jacente à la corde vocale. Il peut se produire, sous l'influence des causes habituelles de l'œdème, des replis arytèno-épiglottiques. Ici encore il ne s'agit pas toujours, à proprement parler, d'œdème, mais d'une infiltration, quelquefois très riche en globules blancs, et par conséquent purulente. Rarement la lésion se constitue d'emblée, sous l'influence de l'action du froid, par exemple; le plus souvent elle est consécutive à une maladie générale ou locale à détermination laryngée.

Légère, elle passe à peu près inaperçue; plus intense, elle provoque de la gêne de la respiration, du sifflement laryngé inspiratoire et expiratoire, la toux est éteinte, et il y a des accès d'oppression.

L'inspection laryngoscopique permet seule de faire un diagnostic définitif, lorsqu'elle fait voir au-dessous des cordes vocales, par l'ouverture de la glotte, le bourrelet tuméfié formé par l'œdème sous-muqueux.

Lorsque les interventions banales (applications intérieures, etc.) n'ont pas suffi et qu'il y a menace d'asphyxie, il faut avoir recours à la trachéotomie. A. MATHIEU.

Zur Casuistik der Larynxsyphilis bei Kindern (Syphilis laryngée chez les enfants), par SCHŒTZ (*Deutsche med. Woch.*, nº 36, 1885).

L'auteur publie cinq observations de syphilis du larynx chez l'enfant, et insiste sur la difficulté du diagnostic, qu'il s'agisse de syphilis acquise ou congénitale.

Voici un exemple intéressant :

Il s'agit d'un garçon de 9 ans, atteint de dyspnée et d'aphonie. L'auteur constate des cicatrices à la face postérieure du pharynx et sur les piliers, il trouve sur l'épiglotte une large ulcération prolongée sur les replis aryténo-épiglottiques. Le gonflement des replis empêche l'examen des cordes vocales. Rhinite chronique hypertrophique. Petite perforation du palais. Taie grise sur l'une des cornées. Au cou, large ulcération à fond lisse. Ganglions de la nuque et du cou hypertrophiés.

Bien que les antécédents soient incertains et que l'enfant ait été considéré jusque-là comme scrofuleux, l'auteur institue le traitement antisyphilitique et obtient une guérison rapide. L. GALLIARD.

Membranöser Verwachtung der Stimmbänder in Folge von Kehlkopfsyphilis (Symphyse membraneuse des cordes vocales par syphilis laryngée), par SCHNITZLER (*Soc. des méd. de Vienne*, 13 *novembre* 1885).

L'auteur observe, chez une femme de 28 ans, l'immobilité des cartilages aryténoïdes, qui s'écartent faiblement pendant l'inspiration. Les cordes vocales sont reliées l'une à l'autre, sur les trois quarts de leur étendue, par une membrane grisâtre, mince, délicate, transparente et sillonnée de nombreux vaisseaux. Pendant l'inspiration elle se tend et oblitère l'orifice glottique si étroitement qu'entre la concavité de son bord postérieur et la paroi du larynx on introduirait à peine un mince tuyau de plume. Quand la malade parle, la membrane se plisse et s'interpose entre les cordes vocales. Les cordes vocales supérieures hypertrophiées offrent des productions polypeuses. Aphonie. Dyspnée.

L'auteur considère cette lésion du pharynx comme se rattachant à la syphilis. Il observe la malade depuis 3 ans et admet chez elle une syphilis héréditaire tardive. L. GALLIARD.

Uber Milchsäurebehandlung im Kehlkopf, im Rachen und in der Nase (Du traitement par l'acide lactique des affections du larynx, du pharynx et du nez), par JELLINCK (*Wiener mediz. Blaetter*, nº 47, 1885).

L'auteur recommande de se servir d'une solution d'acide lactique de 25 0/0 pour commencer et de concentrer la solution progressivement jusqu'à 80 0/0. Celle-ci est préférable à l'acide lactique pur, qui est trop sirupeux pour pénétrer facilement les tissus.

C'est surtout dans la tuberculose laryngée que ce nouveau médicament donne d'excellents résultats ; avec quelques applications on guérit la tuberculose laryngée à son début ou lorsqu'elle n'est pas encore très étendue, mais on arrête aussi le développement de cette affection lorsqu'elle est déjà très avancée. Ce sont surtout les œdèmes mous du larynx qu'on fait rapidement disparaître en employant l'acide lactique, et l'on peut ainsi éviter la trachéotomie ou délivrer rapidement le patient de sa canule lorsqu'on a exécuté cette opération.

Pour ce qui concerne les tumeurs, J... n'a obtenu quelques bons résul-

tats que contre de petites tumeurs siégeant sur les cordes vocales et sur l'épiglotte.

Dans les pharyngites granuleuses, ulcéreuses, catarrhales et hypertrophiques, l'acide lactique donne des résultats remarquables ; de même dans les rhinites, surtout les rhinites scrofuleuses, dont il enlève rapidement la mauvaise odeur. Comme l'acide lactique, pour agir sur la muqueuse nasale, doit rester en contact prolongé avec elle, l'auteur recommande d'en imprégner des tampons d'ouate et d'avoir soin d'anesthésier la muqueuse avec la cocaïne, avant d'introduire ces tampons dans le nez.

M. SCHACHMANN.

Lupus of the larynx, par van SANTVOORD (*New York pathol. Soc.*, 11 *novembre* 1885).

Enfant de 14 ans, mort de lupus ayant débuté par le nez et ayant envahi successivement la lèvre supérieure, la gencive, la voûte palatine et le voile du palais. La cloison nasale avait été détruite et l'os sphénoïde attaqué. Le larynx se prit consécutivement. Mais la mort ne fut pas le résultat de cette dernière invasion. Elle fut amenée par de la méningite par inflammation partie du sphénoïde. On ne trouva nulle part, dans les foyers de méningite, ni dans aucun autre organe, de traces de tubercules ou de bacilles tuberculeux.

A. C.

Contributo allo studio della lepra nel laringe, par Origene MASINI (*Arch. ital. di laringologia*, *V*, *fasc.* 1).

Dans cet intéressant travail, l'auteur étudie les manifestations lépreuses du côté de l'appareil laryngé. Pour lui, la lèpre du larynx n'est jamais primitive, mais toujours secondaire aux accidents de lèpre cutanée. Les premiers symptômes sont ceux d'une laryngite simple, sécheresse de la gorge, tendance à la toux, variations du timbre de la voix, etc. Avec les progrès de la maladie, ces troubles s'accentuent, l'enrouement devient complet ; jamais Masini n'a observé de troubles respiratoires.

Au point de vue symptomatologique, on peut distinguer trois périodes :

1° Période d'érythème : rougeur diffuse ou par points de la muqueuse, ectasie capillaire, etc.

2° Période d'infiltration, tuméfaction de la muqueuse au niveau de l'épiglotte et de l'entrée du larynx ; gonflement, décoloration des parties ; voix rauque, dysphonique. A ce moment on peut observer des signes respiratoires propres aux rétrécissements laryngés.

3° Période ulcéro-nécrosique.

Masini discute ensuite avec soin le diagnostic différenciel de la lèpre, avec le lupus, le cancer et la tuberculose. Il a pu, dans un cas, faire l'examen du larynx d'un malade mort à la clinique dermatologique. Voici les résultats sommaires de cet examen, épaississement diffus de la muqueuse, diminuant de moitié le passage glottique, petite perte de substance, à fond grisâtre, sur le bord de l'épiglotte. Éminences aryténoïdiennes, ligaments ary-épiglottiques tuméfiés. Les bandes vocales sont notablement épaissies, les cordes vocales le sont un peu moins. Pas d'altérations des cartilages.

A l'examen histologique, l'épithélium revêt partout la muqueuse et a conservé partout ses caractères. Au niveau de l'épiglotte, l'épithélium

est plus épais et le noyau des cellules est altéré. Mais il y a une infiltration des cellules sous-épithéliales et l'on trouve en ce point des quantités de bacilles.

La lèpre laryngée est en somme un processus inflammatoire chronique spécifique dont les caractères ne diffèrent guère de ceux de la lèpre cutanée. Masini croit que les ulcères que l'on rencontre dans les périodes avancées ne sont pas le résultat même de la maladie ; la muqueuse altérée est moins susceptible de résister aux causes ordinaires d'inflammation. L'atrophie des glandes, la dégénérescence des tubes nerveux n'est que la conséquence de la compression produite par le granulome.

Rien de particulier pour le traitement. A. CARTAZ.

Die Operation der Kehlkopfpolypen mittelst des Schwammes (Extirpation des polypes du larynx par l'éponge), par VOLTOLINI (*Deutsche med. Woch.*, n° 21, 1885).

L'auteur a conseillé d'extirper les polypes du larynx à l'aide d'une éponge fine que fixe un fil métallique solide. Il faut d'abord saisir et immobiliser la langue afin d'empêcher le mouvement de descente du larynx. L'éponge étant introduite jusqu'à la glotte, on attend que l'inspiration du sujet s'accompagnant d'ouverture de la glotte permette l'introduction de l'éponge dans le larynx : on nettoie alors celui-ci comme un verre de lampe. Ce procédé s'applique non seulement aux polypes mous, mais aux durs, surtout à ceux qui flottent dans le larynx ; dans certains cas il faut recommencer la manœuvre à plusieurs reprises.

La méthode de Voltolini ayant été critiquée par plusieurs auteurs, il publie cinq observations destinées à en montrer les avantages. Il a pratiqué l'opération avec succès dans des cas où l'on avait déjà tout préparé pour la trachéotomie. L. GALLIARD.

I. — Y a-t-il un centre cortical du larynx? par LANNOIS (*Rev. de méd.*, 1885).

II. — Note sur les paralysies laryngées d'origine centrale, par A. CARTAZ (*France médicale*, 14 *novembre* 1885).

III. — Des troubles laryngés d'origine cérébrale, par G. REBILLARD (*Thèse de Paris*, 1885).

IV. — Contribution à l'étude des accidents laryngés chez les ataxiques, par Edouard MUNSCHINA (*Thèse de Paris*, 1885).

I. — Courte revue critique où l'auteur expose, avec une grande netteté, les faits expérimentaux (Duret, Krause) et les rares observations cliniques qui militent en faveur de l'existence d'un centre cortical laryngé.

II. — C'est dans le service de Charcot, à la Salpêtrière, que l'auteur a recueilli la plupart de ses observations personnelles, qui sont au nombre de sept. Il y joint douze autres faits de Lewin, Delavan, Mackenzie, Penzoldt, Gerhardt, ce qui porte à dix-neuf le nombre total des observations. Il a laissé intentionnellement de côté les paralysies qui surviennent dans le cours de l'ataxie et les paralysies hystériques ; les six premières observations sont des exemples de paralysies bulbaires ou pseudo-bulbaires, avec le syndrome de paralysie glosso-labio-laryngée.

Il démontre que, dans ces formes, il existe dès le début des troubles laryngés manifestes, caractérisés par de la parésie des muscles dits phonateurs. Asynergie des muscles, difficulté d'émission, perte de la voix, parésie des adducteurs, des tenseurs; plus tard, spasme et contracture, enfin paralysies terminales dans le cas où le spasme lui-même, joint aux désordres cardio-pulmonaires, ne brusque pas le dénouement, telle serait l'évolution progressive des symptômes.

Les observations qui suivent sont des exemples d'hémiplégie cérébrale ; dans ces cas, la lésion du larynx est uniforme : c'est une paralysie des abducteurs, siégeant du même côté que la paralysie des membres.

Les autres faits, recueillis dans diverses publications, sont relatifs à des paralysies laryngées consécutives à des lésions variables du cerveau ou de la région bulbo-protubérantielle. Ces faits sont fort disparates, et il est difficile d'en tirer actuellement une conclusion pratique quelconque. Aussi l'auteur n'a-t-il d'autre prétention, pour le moment, que d'attirer l'attention des observateurs sur un point de pathologie intéressant, encore peu étudié, et qui permettrait peut-être d'élucider la question de la localisation des centres phonétiques. G. DECAISNE.

III. — Rebillard développe les arguments présentés par Lannois dans sa revue en faveur de l'origine centrale de certains accidents laryngés. Quelques-unes des observations qu'il publie n'ont qu'une portée restreinte, l'examen laryngoscopique ayant fait défaut. Rebillard montre qu'on peut observer des troubles laryngés dépendant d'une lésion encéphalique, au même titre que l'aphasie et l'hémiplégie. La corrélation est très nettement démontrée, mais le contrôle anatomo-pathologique fait défaut, ou quand l'examen a pu avoir lieu, les lésions sont trop étendues pour permettre d'en tirer quelques conclusions. Aussi ne peut-on admettre qu'à titre de probabilité l'existence d'un centre cortical laryngé.

IV. — Les troubles laryngés qui surviennent chez les ataxiques sont de deux ordres : accidents convulsifs et accidents paralytiques.

Dans le premier groupe, on peut admettre quatre types, suivant la violence des phénomènes : 1° accès de toux spasmodique, à forme coqueluchoïde ; 2° spasme aphonique, variété rare ; 3° accès de suffocation; 4° accès de suffocation sidérants, apoplectiformes.

Dans le deuxième groupe, accidents paralytiques, il s'agit le plus souvent d'une paralysie des abducteurs, due à une lésion des noyaux d'origine des nerfs.

Munschina publie un certain nombre d'observations inédites. A. C.

Zur Ætiologie der Stimmbandlähmung (**Contribution à l'étude de la paralysie des cordes vocales**), **par H. MOSER** (*D. Arch. f. klin. Med., Band XXXVII, p.* 569).

L'auteur a constaté la paralysie incomplète de la corde vocale droite dans deux cas de pleurésie abondante du même côté. La corde vocale était, au repos ou pendant la respiration, immobile presque à la partie moyenne de la glotte ; dans la phonation elle se rapprochait complètement de la ligne médiane; cela correspond à la paralysie du muscle crico-aryténoïdien postérieur. Cette paralysie serait attribuable à la traction exercée sur le récurrent par le tronc brachio-céphalique dans

le déplacement du cœur. Cette paralysie, dans le second cas, a disparu complètement après l'évacuation du liquide pleural (4,500 gr.). Dans un troisième cas, la paralysie du larynx était totale ; tous les filets du récurrent étaient alors intéressés dans la traction subie.

A. MATHIEU.

Paralysis of the larynx, with reports of thirty two (32) cases, par H.-A. JOHNSON (*New York med. journ.*, 14 *novembre* 1885).

Les 32 observations rapportées par l'auteur ont trait à des paralysies laryngées de causes très diverses (hystérie, catarrhe laryngé, compression du récurrent, origine centrale, etc.). Il suffira de résumer les plus intéressantes.

1° *Paralysie hystérique.*— Femme de 24 ans, bien portante ; aphonie complète. L'auteur trouve les cordes vocales dans la position cadavérique. Insuccès de tout traitement. Il y a impossibilité de parler, même à voix basse. La malade voyage en Amérique, en Europe, passe un hiver en Égypte et va consulter H. Jackson. La voix reparaît après cinq ans de silence. La malade revient en Amérique ; la voix ne reparaît que par moments. Johnson constate une paralysie de l'ary-aryténoïdien. La malade continue à être aphone par intervalle.

2° *Paralysie syphilitique.*— Femme de 42 ans. Depuis 8 ans éprouve quelques difficultés en avalant ; depuis six mois, écoulement de mucosités du pharynx, déglutition plus facile, mais gêne pour respirer. On constate une paralysie bilatérale des abducteurs. Pas d'apparence de compression des récurrents.

3° Homme de 46 ans, syphilis dans le jeune âge. Depuis plusieurs années, toux et dyspnée. Pas d'affection pulmonaire, pas de lésion appréciable du pneumogastrique ou du récurrent. Paralysie bilatérale des abducteurs. Trachéotomie nécessaire. Le traitement spécifique n'amena aucune modification, et le malade portait encore sa canule 4 ans plus tard.

4° *Paralysie d'origine centrale.* — Homme de 36 ans. Depuis 2 ans, douleur rétro-sternale, sans dyspnée. Pas de douleur dans la gorge ; pas d'affection pulmonaire, aucune apparence d'anévrisme. Le malade parle avec difficulté, il a un peu de dysphagie, la voix est rauque. Depuis quelques semaines, un peu de faiblesse dans la jambe gauche. Pas de perversion sensorielle, pas d'ataxie. Corde vocale gauche dans la position cadavérique. Un examen pratiqué à quelque temps du premier fit constater en plus une anesthésie marquée des surfaces muqueuses ; la dysphagie avait augmenté, et les muscles laryngés du côté gauche ne réagissaient plus sous l'influence du courant faradique.

5° Homme de 48 ans. Fièvre cérébrale à l'âge de 21 ans. Pas de syphilis. Il y a un an, apparition de dysphagie qui a graduellement augmenté. Dysphonie subite il y a 5 semaines. Céphalées et douleurs névralgiques du côté droit de la peau et de la tête. Pas de lésion cardio-pulmonaire. Corde vocale droite immobile sur la ligne médiane. Paralysie supposée d'origine centrale.

6° Homme de 54 ans. Depuis plusieurs années, difficulté de respiration. Il y a 7 mois hémiplégie du côté droit ; le malade peut maintenant mouvoir un peu le bras. Pas de syphilis ; fièvre typhoïde à l'âge de 20 ans. Rien au poumon ni au cœur ; mais le malade souffre de la gorge depuis longtemps, et ces troubles ont augmenté depuis sa paralysie. (Paralysie bilatérale imcomplète des abducteurs.

L'auteur relate, avec d'autres observations moins probantes, 7 cas de paralysie par compression des récurrents.

Dans la discussion qui a suivi la lecture de ce mémoire, Solis Cohen

dit qu'il ne regarde pas le premier cas comme un exemple de paralysie. C'est un manque de volonté.

Glasgow cite un exemple analogue. Le malade ne pouvait parler qu'à voix chuchotée, et encore mal; il n'y avait aucun trouble fonctionnel du larynx. Elle guérit spontanément, au sortir d'une prédication.

Rice croit que la paralysie de l'ary-aryténoïdien est plus fréquente que les autres dans l'hystérie.

Dans un cas de ce genre, où il n'existait pas d'autre trouble que la paralysie de ce muscle, la malade, jeune femme de 20 ans, de bonne santé, aphone depuis 6 mois, recouvra subitement la voix à la suite d'un accident de chemin de fer. A. CARTAZ.

A contribution to the study of laryngeal paralyses (Des paralysies du larynx), par MAC BRIDE (*Ebind. med. journ., p.* 12, *juillet* 1885).

Ce mémoire comprend trois catégories de faits :

a) Paralysie unilatérale du récurrent (rien de neuf).

b) Paralysie bilatérale des abducteurs. L'auteur rapporte un exemple de cette variété.

Il s'agit d'un ataxique qui, outre les symptômes classiques, présente certaines particularités insolites. Pendant le sommeil, sa respiration est sifflante et striduleuse, tandis que l'expiration est basse et silencieuse : de temps en temps il offre le rythme de Cheyne Stokes. Les battements du cœur sont anormalement rapides (100 à 120), tandis que la respiration est relativement lente. La voix est un peu rauque, mais nullement éteinte.

Au laryngoscope, les cordes vocales ont leur coloration normale. L'intervalle qui les sépare est constamment petit; pendant l'inspiration, elles se touchent, pendant les efforts d'expiration elles s'écartent à peine. Comme la sensibilité laryngée est conservée, il ne peut être question d'une anesthésie due à la paralysie du laryngé supérieur. Donc la paralysie des deux abducteurs du larynx, en pareil cas, semble tenir à une lésion centrale du bulbe ou du pneumogastrique, hypothèse qui est confirmée par la rapidité des battements du cœur et le rythme respiratoire de Cheyne Stokes. Des cas analogues, associés à l'ataxie locomotrice, ont été rapportés par Semon (*Clinic. soc. trans.*, XI, p. 111), Dreschfeld (*Med. Times and gaz.*, II, p. 362) et Krishaber (*Gaz. hebd.*, p. 662, 1880).

c) Paralysie des deux nerfs laryngés, supérieur et inférieur, d'un seul côté.

Un homme de 65 ans porte une tumeur de la région parotidienne gauche, qui l'empêche d'ouvrir largement la bouche. Au laryngoscope, on constate une notable quantité de mucus sur la moitié gauche du larynx. La voix est conservée, mais dans l'inspiration la corde vocale gauche reste inerte sur la ligne médiane. L'examen avec une sonde révèle une anesthésie totale de la glotte, de l'épiglotte et de la région aryténoïdienne à gauche; de l'autre côté, intégrité absolue de la sensibilité. Il existe peu de dysphagie; la langue se meut librement, mais avec une légère déviation à gauche. Le goût est aboli sur la base gauche de la langue.

Ces symptômes complexes sont dus à un cancer épithélial occupant la région parotidienne et la base du crâne au voisinage du trou déchiré postérieur, et englobant dans son épaisseur le spinal, le glossopharyngien, le pneumogastrique et l'hypoglosse. H. R.

Aphonia und Dyspnœa spastica, par MICHAEL (*Wien. med. Presse, n°* 41, 1885).

Une femme de 32 ans, bien réglée, multipare, ayant eu de grands chagrins,

est atteinte depuis trois mois d'accès d'asthme violents, de dyspnée, de troubles de la voix, de névralgie intercostale; elle a la sensation de boule hystérique, et plusieurs fois on a constaté des accès d'hystéro-épilepsie. Pas de lésion du larynx, mais seulement tension des cordes vocales. La médication interne a échoué. La dyspnée devient si inquiétante qu'on se décide à la trachéotomie.

Cette opération devant être faite sous le chloroforme, le médecin est surpris de voir, après les premières inhalations, la respiration se régulariser, la cyanose disparaître, le sifflement laryngé cesser, la voix redevenir normale. Mais dès que la malade se réveille, les accidents spasmodiques se reproduisent et nécessitent l'intervention chirurgicale.

Dans la suite, on essaye à plusieurs reprises d'enlever la canule; mais le spasme du larynx survient immédiatement. Aussi, trois ans après l'opération la malade conserve-t-elle encore cette canule; son état général est bon.

L. GALLIARD.

Ein Fall von Chorea Laryngis, par KEIMER (*Deutsche med. Woch.*, n° 40, 1885).

Un enfant de 12 ans a depuis six mois des accès de toux bizarres, simulant une sorte d'aboiement, se répétant seulement le jour, jamais la nuit. Les accès ont succédé à la coqueluche et coïncidé avec des contractions choréiformes de tous les muscles; mais la chorée a presque cessé et la toux persiste. Pas d'expectoration. Pas de signes de laryngite. Pas d'irritation de la muqueuse du larynx.

Pendant l'accès de toux, l'auteur voit les cordes vocales se rapprocher brusquement l'une de l'autre, puis s'écarter non moins rapidement au moment où l'expiration se produit, de sorte que la glotte est alors largement ouverte: aussi la toux est-elle brève, sourde, peu retentissante.

On constate la tuméfaction des cornets inférieurs (corps érectiles), l'hypertrophie des amygdales, l'existence de granulations pharyngiennes.

L'auteur commence par cautériser les cornets inférieurs et la gorge, et par sectionner les amygdales. Pas de résultat. Il entreprend alors la médication interne par la liqueur de Fowler, le bromure, le sulfate de quinine, la belladone, tout cela sans succès. Il a recours enfin à la faradisation (en promenant le pinceau sur tout le corps) combinée avec l'hydrothérapie: au bout de quatre semaines, guérison complète.

L. GALLIARD.

On atrophy of the thyroïd body, following pressure on the recurrent laryngeal nerve, par Hale WHITE. (*Brit. med. journ.*, *p.* 342, *août* 1885.)

L'auteur publie deux cas de petitesse excessive du corps thyroïde, qui était atrophié au point de ne peser que 9 grammes : sa structure vésiculeuse avait complètement disparu, et il était transformé en un tissu fibreux parsemé d'îlots colloïdes. Or, dans ces deux cas, il y avait un anévrisme de la crosse de l'aorte disposé de façon que le récurrent gauche était comprimé, atrophié et presque détruit. L'auteur se demande si le nerf récurrent n'est pas le nerf trophique de la glande thyroïde; les recherches anatomiques auxquelles il s'est livré lui ont prouvé que quelques filets nerveux émanés du récurrent vont se perdre dans le corps thyroïde.

H. R.

Zur Hörprüfung (Examen de l'ouïe), par J. GRUBER (*Monatschr. für Ohrenkr.*, 2, 1885).

Quand un diapason n'est plus entendu ni par les os ni par l'air, il est encore perceptible si on le place sur un doigt dont l'extrémité est

introduite doucement dans le méat auditif, et il est d'autant mieux entendu qu'il est plus près de son extrémité. Ce procédé servira à reconnaître la surdité totale unilatérale et peut-être la simulation unilatérale : l'individu rapportant à l'autre oreille, prétendue seule bonne, le son perçu.

R. C.

Zur Entstehung und Behandlung der subjectiven Gehörempfindungen (Origine et traitement des bourdonnements), par A. LUCÆ (*Berlin*, 1884).

On sait combien souvent les malades attribuent leur surdité à leurs bourdonnements, ou plutôt combien souvent ils déclarent que ce sont les bruits qui les empêchent d'entendre. Lucæ a constaté la réalité de cette explication pour un certain nombre de cas dans lesquels la suppression directe des bourdonnements améliorait l'audition. Ces bourdonnements sont aussi produits bien plus souvent qu'on ne le croit par les bruits extérieurs. Ils sont divisés par l'auteur en deux catégories : ceux qui sont calmés, ceux qui sont exagérés par les bruits extérieurs. Ceux-ci s'observent dans les fabriques, chez les musiciens, et succèdent à des bruits extérieurs prolongés ou de courte durée. La surdité est médiocre, et l'oreille très sensible aux bruits. Le repos de l'organe amène souvent la guérison. Si la cause a été prolongée, les bruits extérieurs renforcent le bourdonnement ; si elle a été de courte durée, ils n'ont plus d'action sur eux. Le deuxième groupe a suggéré à l'auteur l'idée d'un traitement nouveau. Son « traitement par les sons » consiste à soumettre un bourdonnement élevé aux vibrations d'un diapason grave, les bourdonnements graves à un diapason élevé. Le manche du diapason ou un résonnateur mis en vibration par lui est introduit dans l'oreille malade pendant cinq à dix minutes. Le bourdonnement diminue ou disparaît le plus souvent pour quelques instants, quelques heures et même quelques jours. Quand la perception consécutive se prolonge, le bourdonnement disparaît pour plus longtemps que quand elle n'a pas lieu. Parfois l'ouïe s'améliore pour des mois après le traitement par les sons. R. CALMETTES.

Ein Fall von Perichondritis Auriculæ, par BARTSCH (*Monatschr. für Ohrenh.*, *décembre* 1884).

H..., 60 ans. Trois fistules conduisant sur le cartilage dénudé du pavillon de l'oreille. — Chloroforme. Incision des fistules dans toute leur étendue et raclage avec la curette d'une bouillie de cartilage. Drainage, suture, pansement à l'iodoforme. Guérison. R. CALMETTES.

Ueber Ohrenkrankheiten bei Diabetes meltitus (Maladies de l'oreille dans le diabète sucré), par KIRCHNER (*Monatschrift für Ohrenh.*, n° 12, 1884).

Il s'agit d'un diabétique de 22 ans, atteint d'otite moyenne suppurée double. Bien que prise à temps (l'auteur fit la paracentèse), il survint ultérieurement une complication mastoïdienne : malgré l'intervention chirurgicale, le malade succomba avec gangrène considérable de la plaie. A l'autopsie on trouva la base du crâne perforée dans toute l'étendue de la fossette sygmoïde, des deux côtés. L'auteur recommande de n'intervenir qu'à la dernière extrémité chez les diabétiques. R. CALMETTES.

Deafness in Bright's disease (Surdité dans le mal de Bright), par J. Walker DOWNIE (*Glasgow med. journ., décembre* 1885).

Dans son travail sur ce sujet (*Gaz. hebd. de méd.*, 28 janv. 1878), Dieulafoy rapportait en détail cinq observations de troubles de l'audition chez des sujets atteints de néphrite. Ces troubles s'étaient montrés à différentes périodes de la maladie et étaient caractérisés tantôt par de l'hyperhémie ou de la sclérose du tympan, parfois de l'œdème ou des hémorragies, des lésions en somme assez similaires à celles qu'on rencontre du côté de la rétine.

Downie publie une observation analogue. Le malade était atteint de néphrite chronique avec œdème des membres. Un soir, il éprouva quelques douleurs dans l'oreille droite et instilla quelques gouttes de laudanum. Le lendemain, il était sourd. L'examen ne révélait rien d'anormal; la trompe d'Eustache était libre et les insufflations d'air n'amenèrent aucun changement. Quelques jours plus tard, la surdité se manifestait de même à gauche. Cet état dura un mois. L'audition revint spontanément.

L'auteur pense qu'il s'agissait d'un œdème ou d'hémorragies dans l'oreille interne.

A. C.

De l'influence de la ménopause sur les maladies de l'oreille, par E. MÉNIÈRE (*Annales des mal. de l'oreille, mai* 1885).

Dans ce travail, Ménière étudie les troubles fonctionnels ou les lésions pathologiques qui peuvent résulter du côté de l'appareil auditif, du fait de la ménopause. Il a réuni un nombre considérable d'observations qu'il divise en deux catégories : 1° aggravation de maladies préexistantes; 2° affections imputables directement à la cessation de la menstruation.

Dans le premier cas les affections inflammatoires, otites externes, otorrhées chroniques, subissent fréquemment une poussée, une recrudescence du fait des troubles circulatoires ; de même les affections catarrhales de l'oreille. L'auteur explique ces aggravations par une fluxion congestive amenant de véritables lésions dans un organe déjà malade.

Dans la seconde catégorie, il faut, pour bien déterminer l'influence de la ménopause, avoir soin d'écarter toutes les causes ordinaires qui peuvent agir à cette période comme à une autre. Ménière a réuni plusieurs cas où cette influence pathogénique est mise hors de doute. Du côté de l'oreille externe, ce sont des poussées furonculeuses, de l'eczéma; du côté de l'oreille moyenne, une sorte de congestion irritative de la membrane du tympan, simulant tout à fait la myringite aiguë, des cas d'otite aiguë, de catarrhe simple, enfin des troubles hyperhémiques amenant dans l'oreille interne des lésions temporaires et quelquefois durables (bourdonnements, surdités).

A. CARTAZ.

Mittheilungen über Tuberculose des Gehörorgans (Tuberculose de l'oreille), par HABERMANN (*Prager med. Wochenschr., n°* 6, 1885).

Chez un individu qui avait succombé à une tuberculose généralisée, Habermann a trouvé dans la muqueuse de la caisse et dans la membrane tympanique de l'oreille gauche une infiltration de jeunes cellules diffuse et circonscrite en amas caractéristiques des tubercules où abondaient les bacilles.

Il en conclut que la carie du rocher est de nature tuberculeuse, et que l'os ordinairement est atteint secondairement à la muqueuse susjacente.

Comme source d'infection, il admet la pénétration de mucosités et de petits crachats pendant la toux à travers les trompes dans la caisse du tympan. R. CALMETTES.

Observations on two cases of sudden loss of hearing on both sides, owing to disease of the nervous structures of the ear (Surdité subite bilatérale d'origine nerveuse), par **Thomas BARR** (*Brit. med. journ.*, *p.* 1192, *juin* 1885).

Obs. 1re. — Il s'agit d'un marin, ayant contracté la syphilis six mois auparavant, et devenu brusquement sourd dans les circonstances suivantes. Étant en mer, il avait été pris, sans cause connue, de nausées, de vomissements et d'étourdissements, symptômes qui avaient presque disparu quand le bâtiment arriva dans le port de Montréal. Le jour du débarquement, par une chaleur assez forte, de nouveau surviennent les mêmes accidents avec une intensité plus grande : vertige, étourdissements assez forts pour amener la chute du malade, sans perte de connaissance complète. Le lendemain, l'oreille droite devient absolument sourde, avec sensation de bruit de flot incessant dans la cavité auditive ; le surlendemain, c'est le tour de l'oreille gauche ; en quarante-huit heures, le malade est devenu complètement sourd. Quelques jours plus tard, hémiplégie faciale passagère, qui se montre seulement dans l'espace d'une journée.

Soumis à l'iodure de potassium, le malade voit son état s'améliorer, la parésie disparaître ainsi que les vertiges, mais les oreilles restent absolument imperméables. L'auteur pratique alors des injections hypodermiques de pilocarpine autour de l'oreille (1 centigramme et demi par injection), et sous cette influence l'ouïe se répare activement. En trois semaines, le malade pouvait suivre une conversation, bien que n'ayant pas recouvré son acuité auditive première.

Obs. 2e. — Homme de 54 ans. Quinze jours avant son admission à l'hôpital, il est pris brusquement de surdité, au moment où il reprenait son travail, interrompu par une maladie de six semaines. L'accident se caractérise par un bruit violent, comme la détonation d'un fusil, perçu dans l'oreille, puis immédiatement après, céphalée intense, bruit de cloches dans l'autre oreille, vertiges légers, surdité absolue. L'examen otoscopique révèle une parfaite intégrité des organes, à l'exception d'une petite incrustation calcaire, évidemment de vieille date, sur la membrane du tympan.

Ici encore, soulagement notable et amélioration rapide sous l'influence des injections hypodermiques de pilocarpine, bien que l'oreille persiste à être un peu dure.

L'auteur rattache ces deux faits à des lésions profondes de l'oreille interne. Pour le premier, il s'agissait vraisemblablement de dépôts gommeux au niveau du nerf auditif, d'une sorte de méningite exsudative, comme le témoignent les accidents cérébraux et l'hémiplégie faciale. Pour le second cas, l'auteur pense avoir eu affaire à une apoplexie des deux labyrinthes, d'origine congestive et hémorragique. H. R.

Zur Pathologic und Therapie der Labyrinthaffectionen, par **POLITZER** (*Soc. des méd. de Vienne*, 16 *janvier* 1885).

Chez un sujet de 32 ans, leucémique, devenu subitement sourd un an avant la mort, le limaçon du côté droit était rempli de tissu conjonctif

proliféré, supporté par des lamelles osseuses adhérentes à la paroi. La lame spirale était recouverte d'une couche épaisse de cellules lymphoïdes serrées les unes contre les autres. Les canaux semi-circulaires étaient en transformation conjonctive. Le nerf acoustique était atrophié et en dégénérescence graisseuse. A gauche on trouvait uniquement des leucocytes sans tissu conjonctif.

Ces lésions n'avaient pas encore été décrites. Dans les deux cas de surdité subite chez des leucémiques rapportés par Göttstein il n'y a pas eu d'autopsie.

En outre, chez un garçon de 13 ans, devenu sourd à l'âge de 2 ans et demi, à la suite d'une labyrinthite, Politzer a constaté la prolifération conjonctive du labyrinthe membraneux avec ossification.

A propos de ce que Voltilini appelle la labyrinthite aiguë chez les enfants, qui détermine en quelques jours la surdité, Politzer fait remarquer l'absence d'autopsie qui empêche de se prononcer entre une affection du labyrinthe et une méningite abortive.

Politzer a employé avec succès depuis 1880, dans les affections récentes du labyrinthe, spécialement syphilitiques, les injections sous-cutanées de pilocarpine (tous les jours deux à six gouttes d'une solution à 2 0/0). Ce traitement a donné parfois des résultats surprenants. Mais il reste impuissant dans la syphilis héréditaire, dans les inflammations communes à l'oreille moyenne et à l'oreille interne, dans les lésions consécutives à la méningite cérébro-spinale et dans les cas où l'affection est consécutive à un catarrhe sec de l'oreille moyenne. Sur 65 cas, il a obtenu 16 fois une amélioration plus ou moins prononcée..

Si la pilocarpine produit des symptômes pénibles (nausées, etc.), on ajoutera deux gouttes d'une solution de sulfate d'atropine à 0,3 : 10.

L. GALLIARD.

Ein Fall von geheiltem Hirnabcess (Guérison d'un abcès cérébral), par SCHEDE (*Soc. méd. de Hambourg*, 5 *mai* 1885).

Un malade, atteint d'écoulement purulent fétide de l'oreille gauche, subit au milieu de janvier la trépanation de l'apophyse mastoïde ; cette opération fournit du pus en assez grande abondance. Le 29 janvier, aphasie, parésie du facial droit, douleurs à la région pariétale, fièvre. L'auteur extirpe une grande partie de l'écaille de l'os temporal gauche, trouve la dure-mère gris sale, et, incisant cette membrane, vide une collection purulente abondante. Lotions au sublimé, occlusion.

Une récidive nécessite une nouvelle intervention, mais à la fin de mars le sujet quitte l'hôpital guéri. L. GALLIARD.

De l'emploi de l'ozonéine dans le traitement de l'otorrhée chronique, par E. MÉNIÈRE (*Ann. des mal. de l'oreille, juillet* 1885).

L'auteur a recours, depuis quelque temps, à l'ozonéine (solution d'ozone) comme antiseptique dans l'otorrhée. Après un lavage à l'eau tiède, il fait des injections de 50 grammes d'ozonéine, étendue de parties égales d'eau au début, puis pure après les trois premiers jours. On emploie également le même agent en pulvérisations. Les résultats ont été

très satisfaisants et la diminution de l'écoulement a semblé plus rapide qu'avec les moyens habituels (acide phénique, sublimé, etc...).

A. CARTAZ.

Ueber die Otorrhœ und ihre Behandlung (De l'otorrhée et de son traitement), par KESSEL (*Œsterr. ærtzl. Vereinszeitung*, n° 5, 1885).

L'auteur a présenté dans une société médicale des cultures de coccus, de bactéries et des bacilles saprogènes tirés du pus de l'otorrhée et qui se nichent dans les interstices de la caisse remplie de polypes et de granulations.

Il recommande comme traitement les acides phénique, borique, l'alcool au sublimé. Il préconise l'ablation du marteau et de l'enclume et des débris de la membrane tympanique pour transformer la caisse en une cavité unique à parois lisses plus accessible au traitement. La grande force de réparation de la membrane est un obstacle sérieux : il l'a excisée jusqu'à quatre fois de suite. Seulement la maladie était guérie et la membrane se souda à la tête de l'étrier, ce qui rétablit assez bien l'audition.

R. CALMETTES.

Zur Tenotomie des musc. stapedius (Ténotomie du muscle de l'étrier), par J. HABERMANN (*Prager med. Wochenschrift*, n° 44, 1884).

Il s'agit d'un spasme clonique de ce muscle qui se manifestait en même temps qu'un blépharospasme du même côté et aussi quelque temps après sa cessation. A chaque fermeture des paupières il se produisait une sorte de sonnerie 4 ou 5 fois de suite dans l'oreille correspondante, puis après, le spasme à chaque mouvement de la tête. La moitié postérieure de la membrane tympanique étant détruite, l'auteur sectionna le tendon du muscle de l'étrier, et le bruit cessa aussitôt, ainsi que le vertige et la lourdeur de tête. Amélioration passagère de l'ouïe pour la montre. R. CALMETTES.

Erkrankungen des Gehörorgans bei Leukamie (Complications auditives de la leucémie), par BLAU *Zeitsch. für klin. Medicin, Band X, p.* 15-24).

Blau ne connaît que trois observations de leucémie avec complications auditives. Il peut en signaler une quatrième. Le malade nettement leucocythémique a eu, sans aucun traumatisme et sans autre facteur étiologique, dans chaque cas, qu'une longue course en voiture, trois attaques successives de surdité. Ces attaques s'accompagnaient de bourdonnements à timbre métallique ; la surdité, d'abord totale, était ensuite suivie de rémission. A la suite de la troisième attaque, la surdité, complète à gauche, n'est encore qu'incomplète à droite.

S'agit-il dans ces attaques d'une exsudation séreuse ou d'une hémorragie dans le labyrinthe ? C'est ce qu'il est impossible de déterminer.

M. DEBOVE.

Ueber Ohrenkrankheiten bei Diabetes mellitus, par SCHWABACH (*Deutsche med. Woch.*, n° 52, 1885).

Dans un cas d'otite moyenne chez un diabétique, l'auteur a pratiqué la trépanation de l'apophyse mastoïde et obtenu la guérison. Il refuse

donc de s'associer aux médecins qui considèrent le diabète comme une contre-indication à ce genre de traitement. Seulement, il faut pratiquer l'opération assez tôt, sans attendre les désordres considérables qui peuvent se produire dans le squelette. L. GALLIARD.

Syphilis as a factor in ear disease, par Edward WOAKES (*Brit. med. j.*, *p.* 642, *octobre* 1885).

L'auteur rapporte quelques cas d'affection de l'oreille, de diagnostic difficile, qui reconnaissaient pour cause l'influence syphilitique.

1°. — Un jeune homme arrive avec une petite tumeur du conduit auditif gauche, au voisinage du tympan. La surface de cette tumeur est sèche, rouge; il y a une petite érosion, et la sonde fait percevoir un bruit rugueux comme lorsqu'un os est à nu. Même lésion, plus avancée, dans l'oreille droite, avec une ulcération suppurée près du tympan. La carie de l'os était sous la dépendance d'une syphilis contractée sept ans auparavant, et elle guérit spontanément par le traitement spécifique.

2°. — Une femme de 35 ans se présente avec une otorrhée chronique et des signes de troubles labyrinthiques (vertiges, bourdonnements, céphalée, douleurs cervicales, etc.); elle n'offre aucune lésion d'organes et n'a fait aucune maladie capable d'engendrer l'otite. A plusieurs reprises, on lui applique des sangsues sur l'apophyse mastoïde, chaque fois avec un soulagement temporaire. Une fois, les cicatrices des sangsues prennent une mauvaise allure, s'entourent d'une auréole cuivrée et se recouvrent de croûtes brunes. On soupçonne la syphilis et on prescrit le traitement mercuriel : disparition rapide des accidents et même de l'otorrhée.

L'auteur rapporte également un cas de surdité survenue deux ans après le chancre initial, et due à une gomme du tympan. Il en conclut à la nécessité de songer à l'influence de la syphilis possible, dans les cas douteux où la thérapeutique semble incertaine.

Dans la discussion de ces faits, Bendelack Hewetson confirme ces données, et ajoute que pour lui la syphilis héréditaire joue un grand rôle sur la production de l'otorrhée chronique des enfants. Lewis, de Birmingham, insiste sur la coexistence de la surdité et de la kératite interstitielle. Au contraire, Lucæ, de Berlin, refuse toute valeur au traitement spécifique pour conjurer ces accidents, et préfère les injections de pilocarpine. H. R.

Ascaris lumbricoides im Ohre (Lombric dans l'oreille), par HERZ (*Soc. des méd. de Vienne*, 6 *novembre* 1885).

L'auteur a extrait de l'oreille d'une fille de 3 ans un ascaride lombricoïde long de 20 centimètres. L'enfant avait de l'otorrhée depuis un an. Après l'extirpation et l'injection d'eau dans l'organe, l'auteur a contaté une inflammation diffuse du conduit auditif externe, surtout au voisinage du tympan. Le tympan était détruit sur une assez large étendue, et la muqueuse de la caisse, gonflée, infiltrée de sang et suppurante.

Urbantschitsch, qui a examiné la malade avec l'auteur, pense que l'ascaride n'a pas pénétré par le conduit auditif externe, mais s'est introduit, à une période peu avancée de son développement, dans la trompe d'Eustache et la caisse, qu'il s'est développé là en déterminant une otite moyenne, puis une perforation du tympan et enfin une otite externe.

L. GALLIARD.

Threphining in mastoïd and tympanic disease, par WHEELER (*The Dublin journ. of med. sc., p.* 290, *octobre* 1884).

Voici plusieurs observations d'otorrhée grave où la trépanation des cellules mastoïdes produisit le plus heureux résultat.

Obs. 1re.— Homme de 70 ans, atteint d'otorrhée à la suite d'une fièvre typhoïde, quatre mois auparavant. La douleur était spontanée, assez médiocre ; l'écoulement purulent se faisait jour par la partie supérieure du tympan ; une douleur très vive était au contraire provoquée par la pression sur l'apophyse mastoïde, et la percussion était presque intolérable. L'opération fut faite le 3 mars 1884. Une incision fut conduite de la partie supérieure de l'apophyse mastoïde dans la direction de la racine postérieure de l'arcade zygomatique, et continuée circulairement au-dessous du conduit auditif externe. Une couronne de trépan enleva un fragment osseux, de la grandeur d'une pièce de 1 franc, qui fut trouvé nécrosé. L'écoulement de pus, qui se faisait par le tympan, cessa rapidement, et, sous l'influence du lavage, la guérison ne se fit pas attendre. Un mois après, toute trace de son affection auriculaire avait disparu.

Obs. 2e. — Homme de 41 ans. Refroidissement en novembre et douleurs vives dans la région mastoïdienne, avec hémicranie considérable et insomnie absolue. Au bout d'une semaine de souffrances atroces, écoulement de pus par l'oreille. Au moment de son admission, il avait tous les signes d'une ostéite mastoïdienne : douleur locale sur l'apophyse, otorrhée, surdité, large perforation du tympan. Trépanation de l'apophyse le 7 décembre : douleur supprimée dès le premier jour, écoulement beaucoup moindre. Guérison au bout d'un mois.

Obs. 3e. — Homme de 35 ans, se présente avec un gonflement et une rougeur considérables de l'apophyse mastoïde, de la surdité et des bourdonnements d'oreille, sans écoulement purulent. La seule cause prédisposante était une otite scarlatineuse survenue vingt-cinq ans auparavant.

Trépanation le 25 octobre, suivie d'un libre écoulement de pus. Guérison complète le 1er décembre.

L'auteur insiste sur la nécessité de trépaner de bonne heure, dès qu'on a la conviction de la présence du pus ; en attendant trop longtemps, on s'expose à des accidents de pyémie, de méningite ou de phlébite des sinus. Le lieu d'élection qu'il recommande pour la trépanation est le bord inférieur du conduit auditif, dans la portion antérieure de l'apophyse mastoïde. H. R.

Hautes doses d'iodure de sodium ou de potassium dans la surdité brusque, probablement syphilitique, par Albert-H. BUCK (*Medical Record,* 6 *septembre* 1884).

1° Homme de 38 ans. Depuis un an, surdité progressive, symptômes cérébraux d'origine syphilitique. KI. Guérison de l'encéphalopathie, amélioration faible de l'ouïe.

2° Homme de 27 ans. Syphilis. Au bout de trois mois, surdité rapide. Amélioration faible et passagère par de grandes doses de KI.

3° Homme de 45 ans. Sourd il y a 25 ans. Surdité totale depuis 4 ans. KI sans résultat.

4° Homme de 52 ans. Énorme surdité. Insuccès.

5° Homme de 40 ans. Traité 10 ans auparavant pour une syphilis. Il y a 2 ans, est devenu tout à fait sourd avec vertiges, vomissements et bruits. Insuccès.

Bien que l'auteur ait dépassé 30 grammes par jour, il n'a pu obtenir

les bons résultats rapportés par Saint-John Roosa et Webster. Il ajoute avec raison que la structure anatomique du labyrinthe explique parfaitement l'insuccès de toute médication dans l'otite labyrinthique.

R. CALMETTES.

The immediate improvement of hearing following division of cicatrices in the membrana tympani (Amélioration de la surdité par la division des brides du tympan), par BENDELACK HEWETSON (*Brit. med. j., p.* 735, *octobre* 1885).

L'auteur cite deux cas d'otorrhée chronique où, après la guérison, les patients entendaient moins distinctement qu'auparavant, à cause de la cicatrice fibreuse du tympan qui supprimait les vibrations du marteau. Inversement, en sectionnant la bride semi-lunaire qui immobilisait le manche du marteau, il vit instantanément l'ouïe s'améliorer dans une proportion considérable : un enfant, qui n'entendait la montre qu'à deux pouces de distance, la percevait distinctement à six pouces immédiatement après la section du tympan. L'auteur conseille cette opération dans les cas de cicatrices vicieuses du tympan. H. R.

Ivory exostosis of the auditory meatus, par Arthur BENSON (*The Dublin journ. of med. sc., p.* 280, *avril* 1885).

Homme de 33 ans, affecté depuis quelques années de surdité par encombrement de cérumen ; on s'aperçoit de l'existence d'une exostose du canal auditif droit. Trois saillies osseuses oblitèrent en partie la lumière du conduit : deux sont situées tout près de la membrane du tympan ; une troisième est plus en avant et en dehors. Cette dernière exostose, beaucoup plus grosse que les autres, est recouverte d'une muqueuse pâle et mince, absolument insensible. Même disposition, à l'état d'ébauche, dans l'oreille gauche.

Le traitement consista dans l'application de l'électrolyse. Une pile de 10 éléments de Leclanché fut mise en batterie, et une aiguille fut passée autour de l'exostose, de façon à détruire progressivement les parties molles. Cette opération, assez douloureuse, ne fut suivie d'aucune réaction inflammatoire, et, à la longue, un séquestre osseux se détacha en faisant une irrigation aurale. Mais le malade, voyant que la plus grande partie de la tumeur persistait, préféra l'extraction rapide. Celle-ci fut faite à l'aide d'une scie qui entama la base de l'exostose et d'une petite gouge qui, pénétrant dans la rainure de la scie, fit sauter le pont osseux. Guérison définitive à partir de ce moment.

H. R.

REVUE GÉNÉRALE.

Une maladie grave de notre collaborateur nous force de remettre au numéro suivant la suite de la revue sur l'*hypnotisme*.

RENSEIGNEMENTS BIBLIOGRAPHIQUES.

Les travaux pour lesquels l'année n'est pas indiquée sont de 1885.

A

Abcès. — Étude clinique des abcès profonds, aigus et chroniques du cou, par Gundrim. (*Detroit Lancet*, juin.) — Volumineux abcès présternal d'origine lymphangitique, par Kirmisson. (*Semaine méd.*, 16 déc.) — De l'abcès lombaire, par Andrews. (*Journ. of americ. med. assoc.*, 7 nov.) — Traitement des abcès pelviens chez la femme par l'incision et le drainage, par Mundé. (*Med. soc. of the county of N. York*, 28 déc.)

Abdomen. — Mode d'action des muscles de la paroi abdominale qui compriment l'abdomen, par Lavrentiew. (*Inaug. Diss. St.-Petersb.*, 1884.) — Sur l'exploration physique de l'œsophage et de l'estomac, avec des considérations particulières sur la pression thoracique et la pression abdominale, par Julius Schreiber. (*D. Arch. f. klin. Med.*, Bd. XXXIII, Heft 4, p. 425.) — Fibro-sarcome volumineux de la paroi abdominale proéminant beaucoup du côté du bassin, ablation sans ouverture du péritoine, par Terrillon. (*Bull. Soc. de chir.*, XI, p. 921). — De l'ascite, par Tacke. (*Deutsche med. Woch.*, n° 30.)

Accouchement. — Statistique de la maternité d'Édimbourg, par Ballantyne et Brown Darling. (*Edinb. med. j.*, p. 259, sept.) — Les causes de l'inertie utérine dans l'accouchement des primipares et son traitement, par Ahlfeld. (*Deutsche Med. Woch.*, n° 51.) — Note sur un cas de rougeole compliquant la grossesse et l'accouchement, par Angus Macdonald. (*Edinb. med. journ.*, p. 699, fév.) — Quelques points de pratique relatifs à l'état des membranes pendant le troisième stade de l'accouchement, par Freeland Barbour. (*Ibid.*, p. 1086, juin.) — Observation d'accouchement trigémellaire, par J.-B. Buist. (*Ibid.*, p. 253, sept.) — Notes sur un cas de présentation de la face avec une attitude particulière du fœtus, par James Hewetson. (*Ibid.*, p. 540, déc.) — Des présentations frontales, par Blanc. (*Arch. de tocol.*, juillet.) — Présentation de la face mento-iliaque droite postérieure; conversion de cette présentation en présentation de l'occiput, par Hertoghe. (*Annales de la Société de médecine d'Anvers*, oct.) — Considérations théoriques et cliniques à propos d'un cas de présentation frontale, par Pinzani. (*Rivista clin. di Bol.*, n° 5.) — Classification des postures obstétricales prises par les différents peuples, par Verrier. (*Arch. de tocol.*, mars.) — Nécessité de l'accouchement antiseptique dans les centres populeux, par Debaker. (In-8°, *Paris.*) — Accouchement rapide, considérations médico-

légales, par Dumas. (*Gaz. hebd. Montp.*, n° 18.) — Observation d'inversion utérine après l'accouchement, par G. Michael. (*Edinb. med. journ.*, p. 553, déc.) — Diagnostic du volume fœtal (de la tête en particulier) au point de vue de la dystocie, par Bourdin. (*Thèse de Paris*, 22 déc.) — La rupture complète du cordon ombilical pendant le travail de l'accouchement; causes, anatomie pathologique, considérations médico-légales, par Dupouy. (*Thèse de Paris*, 19 déc.) — Version spontanée céphalique, par Martha. (*Gaz. méd. de Paris*, 19 déc.) — De la version spontanée céphalique dans les présentations du siège, par Verrier. (*Arch. de tocol.*, juin.)— La version podalique; sa place en obstétrique, par S. Lawrence. (*Edinb. med. j.*, p. 996, mai.) — Dystocie. Lèvre antérieure du col utérin coiffant en partie la tête de l'enfant : allongement de cette lèvre jusqu'au-dessous de la symphyse pubienne, par Dumas, de Lédignan. (*Gaz. hebd. Montp.*, n° 31.)— Note sur un cas d'embryotomie pour une présentation de l'épaule avec procidence du bras chez une femme à bassin rétréci, par J. Halliday Croom. (*Edinb. med. journ.*, p. 777, mars.) — Bassin justo-minor; accouchement prématuré artificiel, par Auvard. (*Arch. de tocol.*, août.)—Présentation de la face, rupture de l'utérus, mort de la mère et de l'enfant; fœtus déformé par rigidité spasmodique, malformation, par Kirk. (*Glasgow med. journ.*, déc.) — Du biiodure de mercure comme désinfectant en obstétrique, par Bernardy. (*Med. News*, 8 août, p. 162.)

Actinomycose. — De l'étiologie de l'actinomycose, par Solltmann. (*Jahrb. f. Kinderh.*, XXIV, 1 et 2.) — De l'actinomycose chez l'homme et chez les animaux, par Jeandin. (In-8°, *Bruxelles.*)

Aérothérapie. — Traitement de la phtisie pulmonaire par la différentiation pneumatique, par Houghton. (*Journ. of americ. med. assoc.*, 14 nov.) — Traitement rationnel des affections pulmonaires par le cabinet pneumatique, par Smith. (*Ibid.*, 14 nov.)

Air. — Des organismes microscopiques de l'air de la mer, par Miquel. (*Journ. d'hyg.*, n° 475.) — De la pureté de l'air des montagnes, par Frendenreich et Miquel. (*Ibid.*, n° 474.)

Albuminurie. — Un cas d'albuminurie dans le cours d'un prurigo, par Dieci. (*Gaz. d. Osped.*, n° 85.) — De l'albuminurie scarlatineuse et du stade préalbuminurique, par Stevenson Thomson. (*Brit. med. journ.*, p. 9, 15 nov.) — Recherches sur l'alimentation par les œufs dans les cas d'albuminurie, par Lœwenmeyer. (*Zeit. f. klin. Med.*, X, 3.)

Alcoolisme. — L'alcool. Physiologie, pathologie, médecine légale, par J.-A. Peeters. (In-8°, *Paris.*) — Absinthisme chronique, mélancolie avec conscience, hérédité morbide des ascendants, par H. Gilson. (*Encéphale*, n° 4, p. 442.) — Analyse de 250 autopsies d'alcooliques montrant les lésions principales de l'alcoolisme chronique, par Formad. (*Pathol. soc. of Philadelphia*, 12 nov.) — Accidents rabiques chez un alcoolique, accès de manie aiguë, délire systématisé avec crainte d'être tué par les médecins, par P. Legendre. (*France méd.*, n° 123.) — De l'alcool dans le traitement des formes aiguë et chronique de la manie alcoolique par Mason. (*N. York med. journ.*, 28 nov.)

Aliénation. — Du droit de réclamation des aliénés devant les tribunaux civils, par Ach. Foville. (*Ann. méd. psych.*, nov., p. 438.) — Responsabilité et paroxysme passionnel, par Lyon. (*Thèse de Montpellier.*) — De l'expertise mentale, par Max-Simon. (*Lyon méd.*, 6 déc.) — Étude séméiotique des maladies nerveuses et mentales, par Bianchi. (*Giorn. int. della scienze me-*

diche, I.) — Forme particulière de manie transitoire, par WILL. JAMES SPENCE. (*Edinb. med. journ.*, p. 703, fév.) — Contribution à l'étude des folies transitoires coïncidant avec les maladies fébriles, par FIGANI. (*Giorn. int. delle scienze mediche*, I.) — Folie phtisique, par G.-H. ROGER. (*Encéphale*, n° 5, p. 597.)

Alimentation. — Étude sur le régime de Pythagore, le végétarisme et ses avantages, par PIVION. (In-8°, 216 p., *Paris.*) — De l'absorption des aliments dans l'intestin de l'homme, par LOEBISCH. (*Wien. med. Presse*, n° 34.) — De la dyspepsie nerveuse, traitement des vomissements alimentaires par le lavage de l'estomac et l'alimentation artificielle, par HERVÉ DE LAVAUR. (*Thèse de Paris*, 29 déc.)

Amputation. — Le bilan contemporain de la désarticulation de la cuisse, par CHALOT. (*Gaz. hebd. de Montp.*, n° 39.) — Amputation de la cuisse, par DUBRUEIL. (*Gaz. méd. de Paris*, 21 nov.)

Amygdale. — Sur le développement des tonsilles chez les mammifères, par RETTERER. (*Acad. des sciences*, 14 déc.) — Fièvre amygdalienne, par LANDOUZY. (*Gaz. des hôp.*, 3 déc.) — Note sur deux cents cas d'amygdalite, par CARTER. (*Chicago med. soc.*, 16 nov.) — De l'hypertrophie des amygdales, par CALHOUN. (*Atlanta med. and surg. journ.*, juillet.) — Polype fibro-muqueux de l'amygdale gauche, par MASSE. (*Bull. Soc. de chir.*, XI, p. 927.) — Ligature de la carotide primitive pour une hémorragie dans un cas d'abcès de l'amygdale, par WEINLECHNER. (*Wiener med. Blätter*, 31 déc.) — Épithélioma de l'amygdale, par MAISSIE CAMPBELL. (*Liverpool med. chir. journ.*, janv.) — Épithélioma primitif de l'amygdale, par DONALDSON. (*N. York med. Record*, 7 mars.)

Anatomie. — Anatomie artistique du corps humain, par CUYER et FAU. (In-8°, *Paris.*) — Anatomie et physiologie comparées, par BELL. (In-12, *Londres.*) — Anatomie des organes des sens, par SCHWALBE. (In-8°, *Berlin.*) — Éléments, par A. DECHAMBRE. (*Dict. encycl. des sc. méd.*, t. XXIII, 1re part.) — Manuel de technique des autopsies, par BOURNEVILLE et BRICON. (In-12, *Paris.*)

Anémie. — Anémie profonde compliquée de grossesse, guérie par les injections hypodermiques de nitrate de fer, par MORI. (*Ann. di Ostetricia*, nos 9 et 10.) — Du prurigo dans l'anémie lymphatique, par WAGNER. (*Deut. Arch. f. klin. Med.*, XXXVIII, 3.) — Anémie pernicieuse progressive consécutive à des ostéosarcomes multiples, par MOSLER et GAST. (*Deutsche med. Woch.*, n° 26.) — Observation d'anémie pernicieuse, par DAVID FINLAY. (*Brit. med. j.*, p. 864, nov.) — Deux cas d'anémie pernicieuse progressive, par RUTHERFORD MACPHAIL. (*Edinb. med. journ.*, juin 1885.) — De l'anémie pernicieuse par BOTKINE. (*Arch. slaves de biol.*, n° 1.)

Anesthésie. — De l'anesthésie et des anesthésiques, deux leçons, par DUDLEY BUXTON et MILNE MURRAY. (*Brit. med. journ.*, p. 531-534, sept.) — Du mode d'action du chloral et analyse des urines consécutives aux anesthésies par le chloroforme, l'éther et le protoxyde d'azote, avec applications à la toxicologie, par GUÉRIN. (*Thèse de Lyon*, n° 299.) — De l'emploi des anesthésiques à Souakim (Égypte), par J.-E. SQUIRE. (*Med. Times et Gaz.*, 7 nov.) — De l'emploi de l'éther en obstétrique, par J.-P. REYNOLDS. (*Boston med. and surg. journ.*, 24 déc.) — Du bromure d'éthyle comme anesthésique, par TURNBULL. (*Journ. of americ. med. assoc.*, 21 nov.) — Note sur l'emploi du chlorhydrate de caféine comme anesthésique de la cornée, par TERRIER. (*Bull. Soc. de chir.*, 1er avril.)

Anévrisme. — Anévrisme aortique ouvert dans le tronc de l'artère pulmonaire, par Ernst Graser. (*D. Arch. f. klin. Med.*, Bd. XXXIII, Heft 4, p. 437.) — Deux cas d'anévrisme de l'aorte, par Lépine. (*Lyon méd.*, p. 442, 6 déc.) — Deux cas de ligature de l'artère iliaque externe pour anévrisme de la fémorale, par Rivington. (*Med. Times*, 21 nov., p. 715.) — Anévrisme consécutif à une blessure de l'artère fémorale. Ligature de ce vaisseau. Guérison, par Bimar. (*Gaz. hebd. Montp.*, n° 33.)

Angine. — De certaines angines infectieuses dans lesquelles le rhumatisme semble jouer un rôle prédominant, par Alfred Mantle. (*Brit. med. journ.*, p. 960, nov.)

Angiome. — Nævus du côté gauche de la face, nævus de la choroïde, hémorragie sous-rétinienne, décollement de la rétine de l'œil gauche, par Lawford. (*Trans. of opht. soc.*, V, p. 136.) — Un cas de nævus lipomatode, par J. Nevins Hyde. (*Journ. of cut. and ven. diseases*, juillet.) — Le traitement des angiomes par la méthode de Macke, par Negretto. (*Gaz. med. Ital. lomb.*, n° 31.)

Anomalie. — Anomalies anatomiques, par Wenzel Gruber. (*Arch. f. path. An. und Phys.*, XCVIII, Heft 3.) — 1° Disposition en forme d'S des deux reins situés d'un même côté (gauche) ; 2° un cas de ventricule médian du larynx; 3° un cas de diverticule de la paroi latérale du pharynx communiquant avec la trompe d'Eustache, par G. Brœsike. (*Arch. f. path. An. und Phys.*, XCVIII, Heft 2, p. 338.)

Anthropologie. — Méthode exacte de craniographie, par Riedel. (In-8°, *Iéna.*) — La physionomie comparée ; traité de l'expression dans l'homme, dans la nature et dans l'art, par Mouton. (In-8°, *Paris.*) — Sur l'ordre d'oblitération des sutures du crâne dans les races humaines, par Ribbe. (*Thèse de Paris*, 17 déc.) — Les singes anthropoïdes et l'homme, par Hartmann. (In-8°, *Paris.*)

Antiseptique. — De quelques antiseptiques récents, par Turazza. (*Gaz. d. Osped.*, n° 85.)

Anus. — Du spasme du sphincter anal et de son traitement par la dilatation forcée, par Teale. (*Med. Times*, 28 nov., p. 729.) — Des fistules à l'anus, par Trélat. (*Progrès médical*, 26 déc.)

Aorte. — Ankylose calcaire des valvules sigmoïdes de l'aorte, par Poupon. (*Soc. anat.*, 20 fév.) — Dilatation énorme de l'aorte avec deux poches anévrismales, dont l'une ouverte dans la bronche gauche, par Poupon. (*Ibid.*, 20 fév.) — Ulcération de l'aorte dans une ancienne caverne tuberculeuse, formation d'une poche sanguine, hémoptysies mortelles, par Morel-Lavallée. (*Ibid.*, 20 fév.)

Appareils. — Nouveaux pessaires à déviations antérieures et postérieures, par Ménière. (*Gaz. de gynécol.*, oct.) — Le corset de Sayre perfectionné, par Schlegtendal. (*Deutsche med. Woch.*, n° 45.)

Artère. — Un cas de redoublement du second bruit des artères du cou, par Montelaghi. (*Riv. clin. di Bologna*, n° 11.) — Leçon sur la tension artérielle morbide, par James Goodhart. (*Brit. med. journ.*, p. 327, août.) — Recherches sur l'artère obturatrice, par Krusche. (*Inaug. Diss. Dorpat.*) — Une comparaison entre les changements qui ont lieu dans les artères après la ligature et l'oblitération du canal artériel et des artères ombilicales après la naissance, par J. Collins-Warren. (*Boston med. and surg.*, 26 nov.)

— Sur le rôle de l'endothélium dans l'endartérite, après la ligature, par Pick. (*Zeit. f. Heilk.*, VI, 6.) — Ligature de l'artère carotide primitive gauche lésée par une arête ayant pénétré dans le pharynx, par Walter Rivington. (*Brit. med. journ.*, p. 832, oct.) — Ganglion de l'articulation radio-carpienne engainant l'artère radiale sur une longueur de 7 centimètres, par Chaput. (*Soc. anat.*, 6 mars.) — Destruction de l'artère axillaire par un sarcome, par Savory. (*Med. Times*, 12 déc., p. 823.) — Artério-sclérose précoce. Hémiplégie. Bruit de galop sans albuminurie, par Richardière. (*France médicale*, 26 nov.)

Articulation. — Des articulations composées, par Lesshaft. (*Arch. slaves de biol.*, n° 1.) — Les mouvements latéraux du coude en supination et en pronation ont leur centre d'action à l'articulation de l'épaule, par C.-W. Catheart. (*Edinb. med. journ.*, p. 217, sept.) — Des modifications dans les articulations et les extrémités déterminées par la pression, par Arbuthnot Lane. (*Med. Times*, 5 déc., p. 786.) — De la fréquence des hyperhémies pulmonaires dans le cours des arthropathies aiguës et subaiguës, par Andonico. (*Boll. d. sc. med. Bologna*, sept. oct.) — Maladies des articulations, traitement par le repos et l'immobilité, par Willard. (*N. York med. journ.*, 5 déc.) — Étiologie des positions articulaires dans les inflammations des jointures, par Lücke. (*Deut. Zeit. f. Chir.*, XXI, Heft 5 et 6.) — Des traumatismes de la région du coude, par T. Annandale. (*Edinb. med. journ.*, p. 681, fév.) — Diagnostic des traumatismes de l'articulation sacro-iliaque, par Lewis. (*N. York med. journ.*, 26 déc.)

Asthme. — Note sur le traitement de l'hay-fever, par Robinson. (*N. York med. Record.*, oct.) — Effet de l'air comprimé des chambres pneumatiques dans l'asthme, par Liebig. (*Deutsche med. Woch.*, n° 18.)

Astigmatisme. — Traitement théorique et pratique de l'astigmatisme, par Burnett. (*Washington.*) — Application des verres cylindriques dans l'astigmatisme myopique spasmodique, par Culbertson. (*Americ. journ. of ophtalm.*, II, n° 8, p. 181.)

Autoplastie. — Opération destinée à remédier à une perte de substance considérable de la peau du bras, par Joseph Bell. (*Edinb. med. journ.*, p. 262, sept.)

B

Bassin. — Anatomie topographique du bassin chez la femme, par Berry Hart. (*Edinb. med.*, p. 138, août.) — Bassin scoliotique-rachitique (observations et réflexions), par Dumas et Passarini. (*Montpel. médic.*, janv.) — Extirpation d'un enchondrome du bassin avec ligature de l'artère et de la veine iliaques primitives. Guérison, par V. Bergmann. (*Deutsche med. Woch.*, n° 42, 1885.)

Béribéri. — Cinq cas de béribéri, par James Macmullen. (*Brit. med. journ.*, p. 965, nov.)

Biliaires (Voies). — Énorme calcul biliaire, difficulté de diagnostic avec l'inflammation aiguë des organes pelviens, par Dumouly. (*Gaz. de gynéc.*, déc.)

Blennorragie. — De la blennorrhée de l'appareil urinaire chez l'homme, par

Podres. (*Viertel. f. Dermat.*, XII, 3 et 4.) — Conjonctivite blennorragique spontanée, par Fournier. (*Gaz. des hôp.*, 31 déc.) — Prophylaxie de la blennorragie, par Haussmann. (*Deutsche med. Woch.*, n° 25.) — Abcès péri-urétraux dans la blennorragie aiguë, par Gayraud. (*Gaz. hebd. de Montp.*, n° 43.) — De l'inefficacité des préparations salicyliques dans le traitement du rhumatisme aigu blennorragique, par R. Fraser. (*Edinb. med. journ.*, p. 1, juillet.) — Les injections antiseptiques dans le traitement de la blennorragie, par Bourgeois. (*Arch. de méd. milit.*, p. 375, 16 nov.) — De la blennorragie, sa pathogénie et son traitement par les injections de chlorate de quinine, par Silva. (*Gazz. d. clin. Turin*, sept., n° 13.)

Bronches. — Remarques à propos de l'anatomie normale des bronches primitives, par Letulle. (*Soc. anat.*, 20 fév.)

Brûlures. — Des brûlures internes et des causes qui peuvent les rendre rapidement mortelles, par A. Savari. (*Lo Sperimentale*, juillet et août.)

C

Cancer. — La curabilité du cancer par le traitement opératoire, par Albert. (*Wien. med. Presse*, n° 51.) — De la guérison du cancer par le traitement opératoire, par Winiwarter. (*Wiener med. Woch.*, 12 déc.) — Théorie de l'hérédité cancéreuse, par Dunn. (*Med. Times*, 12 déc., p. 824.)

Cartilage. — Étude sur la structure du cartilage hyalin, par Zuckerkandl. (In-8°, *Vienne.*)

Céphalotripsie. — Céphalotripsie, par Pajot. (*Semaine méd.*, 16 déc.) — Quelques observations de craniotomie, par Arnott (de Bombay). (*Edinb. med. journ.*, p. 603, janv. 1885.)

Cerveau. — De la physiologie du cerveau, par Christiani. (In-8°, *Berlin.*) — Étude des localisations motrices dans l'écorce cérébrale, par Mercandino. (*Gaz. d. Cliniche*, oct.) — Sur le centre trophique bulbaire, par Fano. (*La Riforma med.*, 18 juillet.) — Phantome du cerveau humain, par Fick. (In-8°, *Marbourg.*) — Sur les mouvements du cerveau de l'homme, par G. Albini. (*Giorn. int. delle sc. med.*, 6.) — Sur les variations de la période d'excitation latente du cerveau, par H. de Varigny. (*Archiv. de physiologie*, 1er janv.) — De l'excitabilité mécanique et électrique de l'écorce cérébrale chez l'homme à travers les parois du crâne, par Silva. (*Riv. clin. di Bologna*, déc.) — Recherches sur la respiration et la circulation, la courbe pléthysmographique du cerveau du chien; note sur les mouvements du cerveau de l'homme, par Fredericq. (*Arch. de Biol. de van Beneden*, VI, 1.) — Recherches expérimentales sur le tremblement dépendant de l'écorce grise des hémisphères du cerveau, par Gasternatzny. (*Progrès médical*, 26 déc.) — Des irradiations cérébrales, par Meynert. (*Wien. med. Presse*, 31.) — Diagnostic des affections encéphaliques en foyer, par Celotti. (*Riv. Veneta di sc. med.*, oct.) — Observation relative aux localisations cérébrales. — Hémiplégie alterne d'origine cérébrale, par Joffroy. (*Progrès médical*;

5 déc.) — Surdité verbale : ramollissement de la partie postérieure de la première circonvolution temporo-sphénoïdale, ainsi que des circonvolutions supramarginale et angulaire, par John Turner. (*Brit. med. journ.*, p. 700, oct.) — Monoplégie du membre inférieur droit chez un tuberculeux. Méningite de la partie supérieure de la circonvolution pariétale et du lobule paracentral du côté gauche, par Desnos. (*Soc. méd. des hôpitaux*, 25 nov.) — Contribution à l'étude des lésions de la protubérance annulaire, par Algeri et Marchi. (*Riv. sper. di fren. e di med. leg.*, fasc. II-III.) — Ramollissement de la troisième circonvolution frontale, de l'insula et du noyau lenticulaire de l'hémisphère droit, par Bernabei. (*Gaz. d. Osped.*, nº 84.) — Hémiplégie droite, coïncidant avec une paralysie du moteur oculaire commun du même côté chez un syphilitique, par Sidney Phillips. (*Brit. med.*, p. 916, nov.) — Les traumatismes cérébraux. Troubles intellectuels graves qu'ils peuvent déterminer, par Legrand du Saulle. (*Gaz. des hôp.* nºs 103, 106, 109 et 112.) — Clinique sur les abcès multiples du cerveau et sur la syphilis cérébrale, par H.-C. Wood. (*Boston med. and surg. Journ.*, 31 déc.) — Kyste suppuré du lobe frontal gauche, par Richardière. (*Soc. anat.*, 10 avril.) — Tumeur de la base du cerveau (composée de tissu fibro-cellulaire et contenue dans une capsule ayant la même structure que la peau, mais sans follicules pileux et sans glandes sudoripares), par Harrington Sainsbury. (*Path. Soc. — Lancet*, 7 nov.)

Cervelet. — La doctrine de Nothnagel sur le cervelet, par Gasparini. (*Gaz. med. ital. Lomb.*, nº 48.) — Ramollissement du cervelet, par Thierry. (*Soc. anat.*, 6 mars.)

Césarienne (Op.). — Un cas d'opération césarienne et un cas de grossesse extra-utérine, par Aberdein. (*N. York med. Journ.*, 19 déc.) — Opération césarienne après la mort de la mère, fœtus vivant, par Mark. (*N. York med. Record*, nov.) — Observation d'opération de Porro-Müller, par Angus Macdonald. (*Edinb. med. Journ.*, p. 123, août.) — Cas de grossesse dans un utérus double : opération de Porro suivie de succès, par Francis Imlach. (*Brit. med. Journ.*, p. 695, oct.) — Un cas d'amputation utéro-ovarienne pour dystocie des parties molles, par Febbi. (*Ann. di ostet.*, nºs 9-10.) — Deux opérations de Porro, guérison, par Ulietti. (*Ibid.*)

Champignon. — Recherches sur les nouveaux champignons parasites du corps humain, par Wettstein. (In-8º, *Vienne.*) — Des champignons qui existent à l'état normal dans la paroi intestinale du lapin, par Ribbert. (*Deutsche med. Woch.*, nº 13.)

Chimie. — Manuel de chimie, par Simon. (In-8º, *Philadelphie.*) — Principes de chimie théorique avec recherches sur la constitution des composés chimiques, par Ira Remsen. (2e édit., *Philadelphie.*)

Choléra. — Le choléra à Toulon, étude historique, statistique et comparative des épidémies de 1835, 1849, 1854, 1869 et 1884, par Dominique. (In-8º, *Toulon.*) — Le choléra à l'hôpital du Pharo, pendant l'épidémie de Marseille, par Giraud. (In-8º, *Marseille.*) — Rapport et considérations sur 74 cas de choléra observés à Marseille, par Cousin. (*Gaz. hebd. Montpel.*, nº 10.) — Analogie des deux choléras, par Espagne. (*Gaz. hebd. de Montp.*, nº 30.) — Une épidémie de choléra à Bordeaux, par Levieux. (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 22 nov.) — Relation de l'épidémie cholérique observée à l'hôpital Saint-Antoine, en 1884, par Duflocq. (*Thèse de Paris*, 29 déc.) — Un mois à Naples pendant l'épidémie cholérique de 1884, par Mme A. Katcheff. (*Gaz. hebd. de Montp.*, nº 5.) — Sur la température dans le choléra, par

MONTAPISEO. (*Giorn. int. delle Scienze med.*, 3.) — Autopsie d'un cas de choléra nostras, pas de bacille virgule, par MEYHOEFER. (*Deutsche med. Woch.*, n° 46.) — Revue sur les dernières et les plus intéressantes études sur le traitement du choléra, par RIZZI. (*Ann. univ. di med. e di ch.*, 1er déc.) — Traitement de choléra par la vessie de glace, par KASHIMURA. (*Wien. med. Presse*, n° 42.) — Traitement du choléra; article CHOLÉRA du *Dict. de thérap. de Gloner;* traduct. et notes de DA SILVA JONES. (*Lisbonne.*)

Chorée. — Deux cas de chorée essentielle, par QUINTARALLE. (*La Riforma med.*, 23 nov.) — Chorée avec nodosités rhumatismales, par SCHEELE. (*Deutsche med. Woch*, n° 41.) — Traitement de la chorée minor, par FRUHWALD. (*Jahrb. f. Kinderh.*, XXIV, 1 et 2.)

Choroïde. — Tubercules de l'iris et de la choroïde, culture des bacilles, par JESSOP. (*Trans. of opht. Soc.*, V, p. 55.) — Aniridie apparente consécutive à l'inflammation de la choroïde, par MANOLESCU. (*Arch. d'ophtalmologie*, V, p. 449.) — Un cas de rupture de la choroïde, par ALBINI. (*Gaz. de clin. Turin*, juillet, n° 1.) — Choroïdite centrale grave sans troubles de l'acuité visuelle, diminution du champ visuel à la périphérie, par NETTLESHIP. (*Trans. of opht. soc.*, V, p. 147.)

Cicatrice. — Chéloïde cicatricielle du cou, guérison, par MONOD. (*Bull. soc. de Chir.*, p. 716.)

Climat. — Du climat de Wiesen (Suisse), par J.-A. SEWELL. (*Lancet*, 14 novembre.) — L'acclimatement et les Européens aux colonies, par VIRCHOW. (*Rev. scient.*, 12 déc.) — La question de l'acclimatement, par HULL PLATT. (*N. York med. Journ.*, 12 déc.) — Marion County, Floride, un climat d'hiver idéal, par MAXWELL. (*The med. News*, 19 déc.) — Remarques sur le climat de la Floride, par WILSON. (*N. York med. Journ.*, 19 déc.) — Le traitement climatérique des maladies, Western North Carolina comme station, par MARCY. (*Journ. of Americ. med. Assoc.*, 21 déc.) — Les cartes climatériques annuelles et saisonnières des Etats-Unis, par DENISON. (*N. York med. Journ.*, 28 nov.)

Cocaïne. — Quelque remarques sur l'action physiologique de la cocaïne, par EVERBUSCH. (*Centralbl. f. prakt. Augenheilk.*, oct.) — De l'action nocive, sur l'organisme, de la cocaïne employée localement sur la muqueuse oculaire, par BELLARMINOFF. (*Ibid.*, sept.) — Contribution à l'étude de l'action de la cocaïne sur l'œil, par BELLARMINOFF. (*Klin. Monatsbl. f. Augenheilk.*, décembre.) — De la cocaïne en thérapeutique, revue par RIZZI. (*Ann. univ.*, mai.) — De l'action anesthésique des injections sous-cutanées de cocaïne, par WÖLFLER. (*Wiener med. Woch.*, 12 déc.) — Action du chlorydrate de cocaïne sur les fermentations, par PRADAL. (*Montp. méd.*, août.) — De l'emploi des préparations de coca chez les enfants, par POTT. (*Jahrb. f. Kinderh.*, XXIV, 1 et 2.) — Faits cliniques relatifs à l'action anesthésique locale de la cocaïne. Ptérygion. Épithélioma de la joue. Corps étrangers de la cornée, par ESTORE. (*Gaz. hebd. Montp.*, n° 155.) — Action de la cocaïne sur l'œil, par BELLARMINOFF. (*Russkaia med.*, n° 38.) — Emploi de la cocaïne dans la pratique ophtalmologique, par TIKHOMIROFF. (*Vratch.*, n° 50.) — De l'action du chlor. de cocaïne sur l'œil, par BENSON. (*Trans. of. opht. Soc.*, V, p. 211.) — La cocaïne et son emploi dans les maladies du larynx, du pharynx et du nez, par LESSAR. (*Deutsche med. Woch.*, n° 30.) — Influence des badigeonnages pharyngés de chlor. de cocaïne, par CHIOTI LEPIDI et FUBINI. (*Gaz. d. clin.*, *Turin*, juillet.) — Signes d'intoxication dans l'emploi de la cocaïne dans le nez, par BRESGEN. (*Deutsche med. Woch.*, n° 46.) — Le chlor. de cocaïne dans l'hystéro-

épilepsie, par Vinaj. (*Gaz. d. Ospit.*, n° 59.) — Sur l'emploi de la cocaïne pour faciliter l'introduction du syphon stomacal, par Lafosse. (*Bull. de thérap.*, août.) — De la cocaïne dans les petites opérations de chirurgie, par du Bois. (*N. York med. Journ.*, 21 nov.) — Cocaïne comme anesthésique dans les cas de fractures et de luxations, par Conway. (*Ibid.*, 5 déc.) — Emploi de la cocaïne dans les rétrécissements de l'urètre, par Bassi. (*Bull. d. Acad. med. di Roma*, n° 4.) — Injections intra-urétrales du cocaïne pour faciliter le cathétérisme, par Grynfeltt. (*Gaz. hebd. Montp.*, n° 7.) — Un cas de fissure à l'anus traité sans succès par le chlorhydrate de cocaïne, par Ferreira. (*Bull. de thérap.*, sept.) — De la cocaïne contre le vaginisme, par Lvoff. (*Russkaia med.*, n° 24.) — Quelques usages de la cocaïne en gynécologie, par Thomas. (*Obstet. Soc. of Philadelphia*, 5 nov., et *Med. News.*, 23 nov.) — Des applications thérapeutiques de la cocaïne en gynécologie, par Batuaud. (*Rev. méd. chir. des mal. des femmes.*) — De la cocaïne comme anesthésique dans le traitement du lupus, par Bauer. (*Vien. med. Presse*, n° 36.)

Cœur. — De l'innervation du cœur, par Fano. (*La Riforma med.*, 22 juin.) — Maladies des organes circulatoires chez les animaux, par Bland Sutton. (*Med. Times.*, 19 déc., p. 853.) — Des conditions du cœur et des autres organes dépendant de la neurasthénie, par J. Strahan. (*Brit. med. journ.*, p. 435, sept.) — Tachycardie transitoire consécutive à un abcès phlegmoneux du cou, par Tonini. (*Gaz. d. Osped.*, n° 87.) — Observation de bruit extracardiaque, synchrone avec la contraction ventriculaire, par Will. Russell. (*Edinb. med. journ.*, p. 518, déc.) — Lésions mitrales; endocardite muqueuse de la valvule tricuspide pulmonaire, par Poupon. (*Soc. anat.*, 17 avril.) — Lésions multiples des orifices du cœur, athérome valvulaire, par P. Raymond. (*Ibid.*, 6 mars.) — Insuffisance aortique sans double souffle crural, par Rondot. (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 6 déc.) — Sur les ruptures du cœur, par A. Robin. (*Gaz. méd. de Paris*, 19 déc.) — Note sur une forme particulière de congestion pulmonaire se terminant par la mort, et plaidoyer en faveur de la ponction aspiratrice du cœur, par Leuf. (*Americ. journ. of med. sc.*, janv.) — De la saignée dans la dilatation du cœur droit, par Mackey. (*Brit. med journ.*, p. 602, sept.)

Conjonctive. — Conjonctivite chronique dépendant d'une lésion intra-nasale, par Gordon. (*Journ. of americ. med. Assoc.*, 14 nov.) — Traitement des granulations conjonctivales, par Cecchini. (*Gaz. d. Osped.*, n° 100.) — Lupus primaire de la conjonctive, par Benson. (*Trans. of Opht. Soc.*, V, p. 41.) — Un cas d'épithélioma primitif de la conjonctive bulbaire, par Parisotti. (*Ann. di Ottalmol.*, n° 3.) — Épithélioma de la conjonctive bulbaire, par Guaita. (*Gaz. d. Osped.*, n° 79.)

Coqueluche. — De la pleurésie dans la coqueluche, par Zabata. (*Bull. de thérap.*, août.) — L'oxalate de cérium dans la coqueluche et les vomissements de la grossesse, par Tonoli. (*Gaz. med. Ital. Lomb.*, n° 28.)

Cornée. — Ulcère serpigineux de la cornée, guérison par la galvanocaustie, par Jany. (*Cent. f. prakt. Augenheilk.*, juin.) — Tuberculose de la cornée et de l'iris, par Benson. (*Trans. of opht. Soc.*, V, p. 47.) — De la péritomie dans les cas de granulations et de kératite panneuse, par Watson. (*The Lancet*, n° 17.) — La résorcine dans le traitement du trachome et du pannus cornéen, par Ficano. (*Ann. di Ottalmol.*, n° 3.)

Corps étranger. — Corps étrangers de l'œil profondément situés, avec conservation de la vue, par Siméon Snell. (*Med. Times*, 28 nov., p. 749.) — Nombreux fragments de verre introduits dans l'orbite, par Baudry. (*Bull.

Soc. de chir., XI, p. 880.) — Une aiguille dans le cœur. — Une aiguille dans la cavité crânienne, par Hösslin. (*D. Arch. f. klin. Med.*, XXXVI, p. 588 et 595.) — Rétention dans le vagin d'un fragment d'irrigateur en verre pendant sept mois, par Ackworth Angus. (*Brit. med. Journ.*, p. 1016, novembre.)

Crâne. — Sur la coïncidence entre les traumatismes crâniens et certains états pathologiques de l'encéphale, notamment le tubercule, par Kirmisson. (*Bull. Soc. de chir.*, 4 fév.) — Extirpation d'une tumeur intra-crânienne, par Durante. (*Bull. d. Acad. med. di Roma*, n° 7.) — Tumeur de la base du crâne, par Sainsbury. (*Med. Times*, 7 nov.) — Fracture de la base du crâne, guérison, par Douglas. (*Brit. med. Journ.*, p. 740, oct.) — Fracture comminutive du crâne, issue de la matière cérébrale : guérison sans paralysie, par Raglan W. Barnes. (*Ibid.*, p. 740, oct.) — Un cas de fracture du crâne envisagé au point du vue médico-légal, par Jaumes. (*Montp. méd.*, juin.) —Abcès cérébral, suite de fracture du crâne, par Woolley. (*N. York med. Journ.*, 26 déc.)

Cristallin. — Extraction de la cataracte par le procédé quasi linéaire ou à section mésocyclique simple ou composé, par Monoyer. (In-8°, *Nancy.*) — Les indications de l'extraction simple, par de Wecker. (In-8°, *Paris.*) — L'asepsie dans les opérations de cataracte, par Rampoldi. (*Gaz. med. ital. Lomb.*, n° 43.) — Traitement chirurgical et médical de la cataracte, par Galezowski. (*Progrès médical*, 14-21-28 nov.) — Ablation de la cataracte, par L. Guaito. (*Giorn. int. delle sc. med.*, p. 1 et suiv.) — Notes sur le traitement à suivre après l'opération de la cataracte, par Berry. (*Ophthalmic Review*, vol. IV, n° 47, p. 257.) — Emploi des rondelles de gélatine pour l'occlusion de la plaie cornéene après l'extraction de la cataracte, par Galezowski. (*Recueil d'ophtalmologie*, VII, n° 10, p. 577.) — Un cas de cataracte traumatique opéré par l'aspiration, par Rogman. (*Ann. d'oculist.*, XCIV, p. 126.) — Maturation artificielle de la cataracte, par Martin. (*Journ de méd. de Bordeaux*, 29 nov.) — De la luxation du cristallin dans la conjonctive, par Falchi. (*Ann. di Ottalmol.*, n° 4.) — Luxation symétrique congénitale des cristallins en arrière, par Cross. (*Trans. of opht. Soc.*, V, p. 111.) — Luxation du cristallin, par O.-J. Wadsworth. (*Boston med. and. surg. Journ.*, 26 nov.)

Cysticerques. — Trois cas de cysticerques dans le cerveau, par Parona. (*Giorn. d. Accad. di med. Turin*, n° 8-9.)

D

Daltonisme. — Examen optométrique et chromométrique des employés des chemins de fer, par Ricchi et Velardi. (*Raccoglit. med.*, déc.) — Du daltonisme chez les employés de chemin de fer, par Worms. (*Bull. acad. de méd.*, fév.)

Dent. — Traité de thérapeutique dentaire, par Baume. (In-8°, *Leipzig.*) — Essai sur quelques accidents de la première dentition, par Abadie. (In-8°, *Le Mans.*) — Diagnostic des maladies des dents, par Arkovy (In-8°, *Stuttgart.*) — Phlegmon grave développé au voisinage d'une dent cariée et ayant nécessité la trachéotomie, par Sudour (*Arch. méd. milit.*, p. 404, 16 nov.) — La policlinique des affections des dents et de la bouche dans le

nouvel institut odontologique de l'Université de Berlin, par Busch. (*Deutsche med. Woch.*, n° 24.) — Travaux de la clinique dentaire de l'Université de Berlin, par Paetsch. (*Ibidem*, n° 39.) — L'emploi de quelques antiseptiques dans les affections de la bouche et des dents, par Miller. (*Ibidem*, n° 32.)

Diabète. — De l'influence réciproque du diabète et du traumatisme, par Haut. (In-4°, *Nancy*.) — Le diabète sucré ou névrose assimilatrice du foie, par Esbach. (In-18, *Paris*.) — Pathogénie des altérations rénales dans le diabète, par Albertoni et Pisenti. (*La medicina contemp.*, juin.) — Cas de glycosurie avec remarques, par J.-R. Ayer. (*Boston med. and surg. Journ.*, 22 oct.) — Deux cas de cirrhose pigmentaire du foie dans le diabète sucré, par Letulle. (*Soc. méd. des hôpitaux*, 23 déc.) — Du régime peu azoté dans le diabète, par Boucheron (*Acad. des sciences*, 14 déc.)

Digestion. — Sur la digestion des substances grasses, par A. Antonello. (*Giorn. intern. delle scienze mediche.*)

Diphtérie. — Recherches sur la diphtérie, par Sigel. (*Arch. f. Kinderheil.*, VI, 2.) — Etude de statistique thérapeutique de la diphtérie, par Lunin. (*Allg. med. Cent. Zeit.*, n° 25.) — Des affections diphtériques et de leur traitement, par Schottin. (In-8°, *Berlin*.) — Deux cas de néphrite diphtéritique primitive, par R. Levi. (*Lo Sperimentale*, nov.) — Traitement rationnel de la diphtérie, par Tedeschi. (*Riv. veneta di sc. med.*, nov.) — Notes sur le traitement de la diphtérie, par Demlow. (*Allg. med. Cent. Zeit.*, n° 5.) — Le sublimé dans la diphtérie, par F. Abbruzzese. (*Giorn. inter. scienze mediche*, n° 6.) — Insufflation de soufre dans le traitement de la diphtérie intralaryngée, par Morrison. (*Indiana med. journ.*, III, p. 191.) — Inhalations bromées dans le croup, par Gorham (*Albany med. Ann.* VI, p. 85.) — Deux cas de croup traités par le tubage de la glotte, par O. Dwyer. (*N. York med. journ.*, 28 nov.) — Traitement électrique de la diphtérie, par Clemens. (*Allg. med. Cent. Zeit.*, n° 1.)

Dysentérie. — Dysentérie ancienne. Abcès multiples du foie, par Muselier. (*Gaz. méd. de Paris*, 28 nov.)

E

Eaux minérales. — Analyse du dépôt formé par l'eau de Chabetout, par Thabuis. (*Acad. des sciences*, 7 déc.) — Association des sulfureux avec la révulsion à Amélie-les-Bains, par Granier. (*Montp. méd.*, juillet.) — Eaux minérales du Pérou, par Perez Aranibar. (*Thèse de Lima.*) — Recherches cliniques et expérimentales sur l'action des eaux thermales de Carlsbad sur les fonctions de l'estomac ; principes d'une cure rationnelle à Carlsbad. (*Arch. f. klin. Med.* Bd. XXXVII, p. 1.)

Éclampsie. — Éclampsie, par X. Delore. (*Dict. encycl. des sc. méd.*, t. XXXII, 1re partie.) — Des injections sous-cutanées de morphine dans l'éclampsie infantile, par Lewentaner. (*Cent. f. klin. Med.*, n° 36.) — Convulsions puerpérales traitées avec succès par les injections de morphine, par Robert Fair Frazer. (*Brit. med. Journ.*, p. 396, août.)

Eczéma. — Eczéma, par E. Chambard. (*Dict. encycl. des sc. méd.*, t. XXXII, 2e partie.) — Observation sur un cas d'éruption simultanée d'eczéma et

d'impetigo sur un même sujet, par DELIGNY. (*Union méd.*, 21 novembre.) — Contribution à l'étude du traitement de l'eczéma, par P. GAMBERINI. (*Giorn. intern. delle scienze mediche*, 4.) — Traitement de l'eczéma chronique, par BOCKHART. (*Deut. med. Woch.*, n° 29.)

Électricité. — Électro-physiologie, par J.-P. MORAT. (*Dict. encycl. des sc. méd.*, t. XXXIII, 1re partie.) — Électro-thérapie, par E. ONIMUS. (*Ibid.*) — Efficacité du coton absorbant pour recouvrir les électrodes, par MASSEY. (*Med. News*, 26 déc.) — Électrolyse et ses applications thérapeutiques, par R. AMORY. (*Boston med. and. surg. Journ.*, 3 décembre.) — Étude d'électro-thérapie à propos de l'ouvrage de Erb, par REGIMBEAU. (*Gaz. hebd. Montpel.*, n° 1.) — De l'introduction des substances médicamenteuses à travers la peau saine par l'influence de l'électricité, par LAURET. (*Gaz. hebd. de Montp.*, n° 38.) — Recherches sur l'électrolyse et le transfert des médicaments à travers l'organisme par le courant électrique, par BARDET. (*Bul. gén. de thérap.*, 15 nov.) — Le bain et la douche électriques de l'œil, par DENTI. (*Gaz. med. ital. Lomb.*, n° 50.) — Nouvelle méthode de diagnostic des maladies de la poitrine et de l'abdomen (par l'électricité), par J. WOLFF. (*Deutsche med. Woch.*, n° 37.) — Emploi de l'électricité dans les maladies du cerveau, de la moelle et des nerfs, par FECHNER (In-8°, *Berlin.*) — Des courants galvaniques dans la cellulite pelvienne chronique, par ROKWELL. (*New York med. Record.*, déc.) — De l'électricité comme agent thérapeutique en gynécologie, par MUNDÉ. (*Americ. journ. of obstet.*, déc.) — Nouveau traitement électrique de la douleur ovarienne, par APOSTOLI. (*Arch. de tocol.*, juin.) — De l'épilation radicale par le courant galvanique, par MŒLLER. (*Wien. med. Presse*, n° 45.)

Éléphantiasis. — De l'éléphantiasis des Arabes, par H. HEBRA. (In-8°, *Vienne.*) — Eléphantiasis du cou et de la face, par BOURSIER. (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 22 nov.)

Embolie. — Embolie pulmonaire mortelle, suite de thrombose crurale, par ROSS. (*Med. News.*, p. 580, 21 nov.) — L'intoxication par les ferments et ses rapports avec la thrombose et l'embolie, par E. v. DURING. (*Deutsche Zeitschrift für Chirurgie*, Bd. XXII, Heft 5 et 6, p. 425.)

Embryologie. — Manuel d'embryologie humaine et comparée, par DEBIERRE. (In-18, 800 p., *Paris.*) — Recherches d'histologie embryologique sur le système uro-génital, par JANOSIK. (In-8°, *Vienne.*)

Empoisonnement. — Chimie micrographique des poisons; étude physiologique, pathologique et médico légale avec appendice sur l'examen du sang, par WORMBY. (In-8°, *Philadelphie.*) — De la toxicologie en Allemagne et en Russie, rapport au ministre, par LAFON. (*Arch. des missions scientif.*, t. 13.) — Des idiosyncrasies dans les intoxications par l'acide carbonique, le sublimé, etc., chez les femmes en couches. Remarques sur la question des sages-femmes, par PICK. (*Deutsche med. Woch.*, n° 18.) — Recherches sur l'empoisonnement aigu par l'alcool, par LOCATELLI. (*Riv. venet. di sc. med.*, oct.) — Empoisonnement par la cocaïne simulant l'empoisonnement par l'opium, par SPEAR. (*New York med. Record.*, nov.) — Sur l'empoisonnement par le cuivre, par G. FILOMUSI GUELFI. (*Giorn. intern. delle scienze mediche*, 8, 9, 10.) — Empoisonnement d'un chien par une injection intra-articulaire d'acide chromique, par BOURSIER. (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 13 déc.) — Sur les effets produits par l'injection intra veineuse de trois colorants jaunes, dérivés de la houille, par CAZENEUVE et LÉPINE. (*Acad. des sciences*, 7 déc.)

Enfant. — Des maladies des enfants, par DAY. (2e édit., *Londres.*) — Re-

cherches sur la prédisposition à la coqueluche, à la rougeole, à la scarlatine, et sur leur prophylaxie, par Biedert. (*Jahrb. f. Kinderh.*, XXIV, 1 et 2.) — Note sur l'herpès labialis dans la pneumonie franche des enfants, par Reynaud. (*Loire médicale*, 15 novembre.) — Cas de melœna chez un nouveau-né. Guérison, par H.-V. Walker. (*Med. Times and Gaz.*, 7 novembre.) — La diarrhée estivale des enfants est-elle une maladie définie ou un syndrome ? par Francis Vacher. (*Brit. med. journ.* p. 439, septembre.) — De la diarrhée chez les enfants, par J. Simon. (*Progrès médical*, 21 novembre.) — Cas de péritonite purulente idiopathique chez les enfants, par Samuel West. (*Med. Times*, 21 novembre, p. 714.) — Rupture du foie chez le fœtus à la suite de chute de la mère, par Hofmann. (*Wiener med. Presse*, n° 18.) — Leucémie lymphatique chez l'enfant, par Keating. (*Med. News.*, 21 nov.) — Des paralysies cérébrales chez l'enfant, par Ranke. (*Jahrb. f. Kinderh.*, XXIV, 1 et 2.) — Obs. de tumeur cérébrale simulant la méningite tuberculeuse, par Cabadé. (*Rev. mens. des mal. de l'enfance*, nov.) — Tétanos infantile guéri par l'extrait de fève de Calabar, par Descroizilles. (*France méd.*, 15 août.) — Emploi des bains chauds pour ranimer les nouveaunés en état de mort apparente, par Gamrekeloff. (*C. R. de la Soc. du Caucase*, n° 17.) — Mort-né rappelé à la vie 45 minutes après sa naissance, par la respiration artificielle, par Rendu. (*Lyon méd.*, 20 déc.)

Épilepsie. — Recherches relatives à l'influence qu'exercent les lésions de la moelle sur la forme des convulsions de l'épilepsie expérimentale, d'origine cérébrale, par Vulpian. (*Acad. des sciences*, 7 déc.) — Sur la genèse corticale de l'épilepsie, par J. Novi. (*Lo Sperimentale*, oct.) — Étude expérimentale sur l'origine des crises épileptiques, par Johannson. (In-8° *Dorpat.*) — Epilepsie causée par une carie dentaire, par Schwartzkopff. (*Deuts. Monat. f. Zahnheilk.*, n° 3, sept.) — Épilepsie guérie par l'extraction d'une dent, par Liebert. (*Deutsche med. Woch.*, n° 37.)

Épithéliome. — Un cas d'épithélioma guéri avec la résorcine, par A. Rubino. (*Giorn. intern. delle scienze mediche*, 7.)

Érysipèle. — De l'érysipèle dans les hôpitaux de Londres, par L.-H. Petit. (*Union médicale*, 19 décembre.) — Epidémie d'érysipèles à la clinique chirurgicale, par Dubrueil. (*Gaz. hebd. sc. méd. Montp.*, n° 16.) — Contribution à l'étude du microbe de l'érysipèle, par Joullié. (*Gaz. hebd. méd. Montp.*, n° 37.) — Coexistence de l'érysipèle et de la variole sur un même sujet, par Jabloswki. (*Gaz. des hôp.*, 8 déc.) — Érysipèle ambulant, par Vincent. (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 13 décembre.) — Erysipèle suivi de pyohémie, par G. Marcacci. (*Giorn. int. delle scienze mediche*, 3.) — Erysipèle à la période de desquamation de la scarlatine, par Lasch. (*Wien. med. Presse*, n° 51.) — Sur l'efficacité de la méthode expectante dans le traitement de l'érysipèle de la face, par Andronico. (*Giorn. int. delle scienze mediche*, 6.)

Estomac. — Etude des fonctions motrices de l'estomac, par Weiss. (*Zeit. f. Heilk.*, VI, 6.) — L'alcalinité du sang et de la salive pendant la digestion gastrique, par S. Baldi. (*Lo sperimentale*, avril.) — Du suc gastrique et de l'histologie de la muqueuse stomacale du porc, par Ellenberger et Hofmeister. (*Arch. f. wiss. u. prakt. Thierheilk.*, XI, p. 249.) — Des névroses de l'estomac et de leur traitement, par Oser. (In-8°, *Vienne.*) — Des ectasies gastriques (distension et dilatation de l'estomac), par Malibran. (*Thèse de Paris*, 24 déc.) — Note sur un cas de sténose pylorique guéri par la divulsion digitale, par Brigatti. (*Bull. d. sc. med. Bologna*, sept., oct.) — Etude histologique et clinique du carcinome stomacal et de ses rapports avec la tuberculose pulmonaire, par Bonnet. (*Thèse de Mont-

pellier, n° 48.) — Obs. d'infiltration carcinomateuse dans toutes les parois de l'estomac, par Majoli. (*Gaz. d. Ospitali*, n° 73.) — Sangsues dans l'estomac, par Dumas. (*Gaz. hebd. de Montp.*, nov.)

Exanthème. — D'une variété d'exanthème observée dans l'embarras gastrique aigu fébrile, par Morin. (*Thèse de Paris*, 14 déc.) — De la fièvre exanthématique bulleuse, par Spillmann. (*Ann. de dermat.*, août.) — Des éruptions bulleuses, par Heitz. (*Thèse de Paris*, 11 déc.) — Des éruptions cutanées à la suite de l'emploi de l'antipyrine, par Giorgieri. (*Gaz. med. ital. Lombard*, n° 27.) — Hydroa; impetigo herpetiformis, par A.-R. Robinson. (*Journ. of cutan. and vener. diseas.*, janvier.) — Érythème scarlatiniforme, par L. Brocq. (*Ibid.*, août.)

F

Famine. — Note sur les maladies de famine, par Alexandre Porter (de Madras). (*The Dublin Journ. of med. sc.*, p. 361, novembre.)

Fièvre. — Pathologie générale de la fièvre, par Merzbach. (*New York med. Journ.*, 21 nov.)

Fièvre intermittente. — Sur l'inoculation de la fièvre intermittente, par Chassin. (*Thèse de Paris*, 15 déc.) — Nature et origine des affections malariennes, par Leonhardt. (*Zeit. f. klin. Med.*, X, 4.) — L'hydrastine dans la malaria, par Vallisnieri. (*Raccoglit. med.*, oct.)

Fièvre jaune. — De la fièvre jaune d'après l'épidémie de la Martinique, en 1880-1881, par Lacroix. (*Thèse de Lille.*) — Description d'une épidémie de fièvre jaune, à Sierra Leone, en 1884, par J. Lamprey. (*Brit. med. Journ.*, p. 594, sept.) — De l'identité de la fièvre jaune et de la malaria aiguë ; contagiosité de la malaria et curabilité de la fièvre jaune, par Vieira de Mello. (*Journ. of americ. med. Assoc.*, 5 déc.)

Fistule. — Sur un cas de fistule branchiale thyro-hyoïdienne guérie par l'électrolyse, par Le Fort. (*Bull. de thérap.*, juillet.) — Traitement des fistules vésico-vaginales, par Köhegyi. (*Wien. med. Presse*, n° 49.) — 50 opérations de fistules uro-génitales, par Morisani. (*Ann. di Ostetrica*, n°s 9-10.)

Foie. — Un foie avec un seul lobe, par Marcondes Rezende. (*Revista de cursos, Rio de Janeiro*, décembre 1884.) — Pathologie et traitement de quelques maladies du foie, par Habershon. (2e édit., *Londres.*) — Tuberculose aiguë du foie ressemblant à de l'actinomycose, par Harley. (*Med. Times*, 28 nov., p. 747.) — Recherches expérimentales sur l'hépatite suppurée, par Ughetti. (*La Riforma med.*, 22 juillet.) — Abcès du foie, par Hayes. (*Journ. of americ. med. Assoc.*, 28 nov.) — Traitement des collections purulentes du foie par incision large et antiseptique, par Caravias. (*Thèse de Paris*, 23 déc.) — Cirrhose hypertrophique biliaire. Mort par ictère grave, par Florand. (*Soc. anat.*, 6 mars.) — Ictère chronique par obstacle au cours de la bile ; phénomènes cholémiques. Mort. Petit épithélioma tubulé de l'ampoule de Vater faisant valvule à l'orifice duodénal ; dilatation et hydropisie des voies biliaires extra et intra-hépatiques sans cirrhose du foie ; néphrite conjonctive, par Barth et Marfan. (*Soc. anat.*, 13 mars.) — Cirrhose hypertrophique chez une femme, par James Oliver. (*Brit. med. Journ.*, p. 786, oct.)

Foudre. — Mort instantanée produite par la foudre sans lésions, par Formad. (*Boston med. and surg. Journ.*, 31 décembre.)

Fracture. — Note pour servir à l'étude des altérations musculaires consécutives aux fractures (communication préliminaire), par Duplay et Clado. (*Soc. de biologie*, 23 août.) — Fracture de côtes causée par un éternuement par Wyman. (*Journ. of americ. med. Assoc.*, 7 nov.) — Trois cas de fracture du col de l'omoplate, par Rushton Parker. (*Brit. med. Journ.*, p. 345, août.) — Du traitement des fractures de l'extrémité inférieure du radius vicieusement consolidées, par Nuguet. (*Thèse de Lyon*, n° 305.) — Fracture probable de l'apophyse coracoïde, par Johnson. (*Med. News*, 21 nov.) — Du traitement et des résultats consécutifs des fractures transversales de la rotule, par Brunner. (*Deut. Zeit. f. Chir.*, XXIII, 1 et 2.) — De l'atrophie du triceps crural dans la fracture de la rotule, par Deseuche. (*Thèse de Paris*, 22 déc.) — Suture de la rotule fracturée, guérison, par Bogdanik. (*Wien. med. Presse*, n° 51.) — Fracture de jambe suivie de retard dans la consolidation. Guérison avec consolidation osseuse obtenue par la marche dans un appareil silicaté, par Dieu. (*Gaz. des hôp.*, 3 déc.). — Bas lacé en peau de chien à attelles d'acier destiné au traitement des fractures à consolidation tardive, par Périer. (*Bull. Soc. de chir.*, XI, p. 578.)

G

Gangrène. — Gangrène du membre inférieur par athérome artériel; amputation sous-périostée de la cuisse après une première amputation de jambe; ostéophytes du moignon; mort par hémorragie artérielle, par Duménil. (*Bull. Soc. de chir.*, XI, p. 702.) — Contribution à l'étude du noma, par Abel Boutes. (*Thèse Montpellier*, n° 61.)

Gastrostomie. — Note sur un cas de gastrostomie, mort, par Marchand. (*Bull. Soc. de chir.*, XI, p. 615.) — Rétrécissement cancéreux de l'œsophage, gastrostomie, mort, par Nicaise. (*Bull. Soc. de chir.*, XI, p. 485.) — Sur le rétablissement de la perméabilité de l'œsophage après la gastrostomie pour rétrécissement cicatriciel, par Terrillon. (*Bull. de thérap.*, août.)

Génitaux (Organes). — Ulcération des organes génitaux chez l'homme, par Kappeler. (*Deut. Zeit. f. Chir.*, XXIII, 1 et 2.) — Anatomie et pathologie des glandes de Cowper, par Englisch. (*Soc. des méd. de Vienne*, 11 déc.) — Inflammation des glandes de Cowper, par Alex. Bowie. (*Lancet*, 21 novembre.) — Traitement du phimosis par la dilatation, par Fauret. (*Thèse Montpellier.*) — De la dilatation rapide progressive dans le traitement du phimosis congénital, par Chalot. (*Gaz. hebd. de Montpel.*, n° 21.) — Du phimosis gangréneux, par Gayraud. (*Ibid.*, n° 32.) — Gangrène du pénis, par Orlowski. (*Gaz. lekarska*, n° 32.) — Cas d'épithélioma du pénis, opération, par W. Van Wick. (*Journ. of cut. and vener. diseases*, juin.) — Notes cliniques et thérapeutiques sur l'épithélioma de la verge, par Gallozzi. (*La Riforma med.*, 27 juillet.) — De quelques causes d'erreur dans le diagnostic des affections de la glande vulvo-vaginale, par Scarenzio. (*Giorn. ital. d. mal. vener.*, n° 6.) — De l'œdème dur des grandes lèvres, par A. Strasino. (*Giorn. intern. delle scienze mediche*, n° 6.) — Épithélioma du clitoris, par Polaillon. (*Arch. de tocol.*, juillet.) — Kystes des organes génitaux chez les animaux, leur pathogénie, par Bland Sutton. (*Med. Times*, 21 novembre, p. 716.)

Genou. — Du redressement forcé du genou valgus, par NOTA. (*Gaz. d. Osped.*, n° 99.)

Glaucome. — Études cliniques sur le glaucome, par GALLENGA. (*Ann. di Ottalmol.*, n° 3.) — Un cas dans lequel l'énucléation d'un œil pour glaucome absolu fut suivi dans les 36 heures d'une attaque de glaucome aigu dans l'autre œil, par WEBSTER. (*American Journ. of Ophthalm.*, II, n° 8, p. 190). — Note sur un cas de glaucome double, par MENGIN. (*Rec. d'ophtalm.*, VII, n° 10, p. 604.) — Sur un cas de glaucome chronique d'une durée très longue, par SMITH. (*Ophtalmic Review*, IV, n° 47, p. 261.)

Goutte. — Signes présumés de la goutte (tirés des caractères physiques de l'individu, de la forme de ses dents et de ses ongles, avec deux planches), par J. MILNER FOTHERGILL. (*Lancet.*, 7 nov.) — De l'eczéma chez les goutteux, par DELIGNY. (*Union médicale*, 6 décembre.)

Greffe. — Étude sur la transplantation des tissus dans l'organisme, par MASSE. (*Montpel. méd.*, janvier.)

Grossesse. — De l'antisepsie dans la grossesse, l'accouchement et les suites de couches, par FURST. (In-8°, *Vienne.*) — La grossesse dans ses rapports avec les cardiopathies, par SENNA. (*Gaz. d. Osped.*, n° 88.) — Grossesse et traumatisme (deux observations), par SERRE. (*Gaz. hebd. Montp.*, octobre.) — Vomissements incoërcibles de la grossesse chez une alcoolique, par ARTHUR W. EDIS. (*Brit. med. Journ.*, p. 697, oct.) — Cas de vomissements dits incoërcibles de la grossesse, par O. W. DOE. (*Boston med. and surg. journ.*, 24 décembre.) — Grossesse quadruple, accouchement spontané à six mois, par CASTANEDA y CAMPOS. (*Gaz. de gynéc.*, nov.) — Rétention d'un fœtus mort, par DIBRELL. (*Journ. of americ. med. Assoc.*, 21 nov.) — Fœtus papyracé et transformation fibro-graisseuse du tissu du placenta, grossesse gémellaire, par COSENTINO. (*Ann. di ostetricia*, juillet.) — Péritonite généralisée dans la grossesse, par CHIARLEONI. (*Ann. di ostetricia*, juillet.) — Grossesse prolongée, accidents puerpéraux, par ROSENFELD. (*Wien. med. Presse*, n° 34.)

H

Helminthe. — De l'ankylostome duodénal et de l'ankylostomiase, par LUTZ. (In-8°, *Leipzig.*) — Un cas d'anémie par ankylostomiase chez un marin, par RHO. (*Giorn. med. del Exercito, Rome*, octobre.) — Le premier cas d'ankylostomiase observé dans la province de Florence, par VANNI. (*Gaz. d. Ospitali*, n° 69.) — Deux cas d'ankylostomiase à Messine, par CAMMARERI. (*Gaz. d. Ospitali*, n° 61.)

Hémorragie. — Hémorragie, hémostase, tranfusion, par HEINEKE. (In-8°, *Stuttgart.*) — Origine des hémorragies cutanées, par KOGERER. (*Zeit. f. klin. Med.*, X, n° 3.) — Des hémorragies artérielles de la paume de la main, par DUBRUEIL. (*Gaz. hebd. de Montpellier*, n° 27.) — Hémorragie profuse après le premier coït, par LVOFF. (*Russkaia med.*, n° 24.) — Nouvelle bretelle hémostatique, par SENUT. (*Arch. méd. milit.*, 16 novembre, p. 388.)

Hernie. — Classification des hernies diaphragmatiques et description d'un cas de hernie diaphragmatique de l'estomac, par FRANCESCHI. (*Bull. d. sc.*

med. Bologne, septembre-octobre.) — Trois cas de hernie diaphragmatique congénitale, par Bischoff. (*Arch. f. Gynaek.*, XXV, Heft, 3.) — Hernie diaphragmatique congénitale, par Chevalier. (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 13 décembre.) — Description d'un nouveau bandage inguinal pour les hernies des jeunes enfants, par J. Ward Cousins. (*Brit. med. journ.*, p. 542, septembre.) — Étranglement d'une hernie inguinale par le fait de l'arrêt du testicule droit, par Riebe. (*Deutsche med. Woch.*, n° 29.) — Hernie épiploïque inguinale, étranglement. Guérison, par Guibal. (*Gaz. heb. de Montpellier*, n° 15.) — Deux cas de hernie ombilicale étranglée, traitée par la résection du sac et de la peau, avec suture de l'anneau après réduction de l'anse herniée, par Clement Lucas. (*Brit. med. journ.*, p. 741, octobre.) — De l'entérocèle vulvaire et vaginale, par Gaillard Thomas. (*N. York med. Journ.*, 26 décembre.) — Hernies diverticulaires étranglées e pincement herniaire, par Tédenat. (*Montp. méd.*, mai.) — De l'étranglement herniaire intrasacculaire, par Tédenat. (*Ibid.*, juin.) — De la cure radicale des hernies par l'injection combinée avec la suture du canal, par C.-B. Keetley. (*Brit. med. journ.*, p. 543, septembre.)

Herpès. — De l'herpès fébrile, par Hardy. (*Union médicale*, 22 décembre.) — Sur la distribution symétrique du zona, par Robert Saundby. (*Brit. med. Journ.*, p. 785, octobre.)

Histologie. — Recherches sur la morphologie et la physiologie de la cellule, par O. et R. Hertwig. (In-8°, *Iena.*) — Chromatine, substance cellulaire et noyau, par Brass. (In-8°, *Marbourg.*) — Procédé de conservation des coupes microscopiques, par Giacomini. (*Gazz. d. cliniche*, déc.)

Hôpital. — Sur les conditions hygiéniques des hôpitaux de Rome, par Bastianelli. (*Bull. d. Acad. med. di Roma*, n° 4.) — *Idem*, par Scalzi. (*Ibid.*, n° 6.) — L'hôpital de Villepinte pour le traitement des phtisiques, par Riant. (*Ann. d'hyg.*, octobre.) — Histoire de la fondation de l'hôpital Saint-Louis, par H. Feulard. (*Ann. de derm. et de syphil.*, décembre.) — Documents pour servir à l'histoire de l'hôpital Saint-Louis, au commencement de ce siècle, par Hardy. Courte notice biographique et médicale sur Alibert, Biett, Lugol, Manry, Emery. (*Ann. de derm.*, novembre.) — L'hôpital Saint-Eloi de Montpellier en 1781, par A. Dubouchet. (*Gaz. hebd. sc. méd. Montpellier*, n° 8.)

Hydatides. — Six cas de tumeurs hydatiques opérées, par Lihotzky. (*Deut. Zeit. f. Chir.*, XXIII, 1 et 2.) — Kyste hydatique de l'abdomen, par Mollière. (*Gaz. des hôp.*, 22 décembre.) — Kystes hydatiques multiples du foie, ponction d'une poche volumineuse suppurée, au devant de la vessie. Mort, par Broca. (*Soc. anat.*, 13 mars.)

Hydrothérapie. — Manuel d'hydrothérapie, par P. Delmas. (In-12 diamant, *Paris.*) — Notions expérimentales et cliniques sur l'hydrothérapie, par Winternitz. (*Soc. des méd. de Vienne*, 23 octobre.)

Hygiène. — La réforme de l'hygiène publique, par Dejamme. (In-8°, *Paris.*) — Projet de réorganisation du service des substances alimentaires et de l'inspection des animaux atteints de maladies contagieuses dans la ville de Montpellier, par Pourquier. (*Gaz. hebd. de Montpellier*, n° 1.) — De l'hygiène dans le vêtement des femmes, par Hasse. (In-8°, *Neuwied.*) — Sur un mode de désinfection des bouches d'égout, par Monin. (*Journ. de pharm.*, XIII, n° 2.) — Égouts, par Jules Arnould. (*Dict. encycl. des sc. méd.*, t. XXXII, 2° partie.) — Rapport sur l'emploi des tubes de plomb pour la canalisation des eaux à Rome, par Capranica. (*Bull. d'Acad. med. di Roma*,

n° 5.) — L'assainissement de Paris, par HÉRICOURT. (*Rev. scientif.*, 12 décembre.) — Législation sur les logements insalubres; traité pratique, par G. JOURDAN. (In-8°, 3e édition, *Paris.*) — Ecoles, par A. LAYET. (*Dict. enc. des sc. méd.*, t. XXXII, 1re partie.) — Peintres, hygiène, par L. HAHN. (*Ibid.*, t. XXII, 1re partie.) — Plaidoyer pour la crémation, par MAC LAURY. (*New York med. Journ.*, 5 décembre.)

Hypnotisme. — Folie hystérique guérie par l'hypnotisme; paralysies par suggestion et suggestion négative, par CASTELLI et LUMBROSO. (*Lo Sperimentale*, novembre.) — La thérapeutique morale et la suggestion, par ALPHANDERY. (*Thèse de Paris*, 19 octobre.) — Sur l'action à distance des médicaments, par GROCCO. (*Gaz. med. ital. Lomb.*, n° 40.)

Hystérie. — Deux cas d'hystérie chez l'homme avec paralysie et atrophie musculaire, par FÉRÉOL. (*Soc. méd. des hôpitaux*, 9 décembre.) — Remarque sur l'hystérie chez l'homme, par DEBOVE. (*Ibid.*, 9 décembre.) — Hémiplégie hystérique avec hémianesthésie sensitivo-sensorielle, par MILLARD. (*Ibid.*, 23 décembre.) — Un cas d'hystéro-épilepsie chez un homme, par SCHEIBER. (*Wiener med. Blätter*, 5 novembre.) — Observation d'hystérie confirmée chez un jeune garçon de 11 ans, par SAVAGE. (*Journ. of mental sc.*, juillet, p. 200.) — Pathogénie de l'hystéro-épilepsie organique, par CICCONE. (*Riv. veneta di sc. med.*, novembre.) — Hystéro-épilepsie, instabilité mentale avec perversion des instincts, par BOURNEVILLE et LEFLAIVE. (*Progrès médical*, 31 décembre.)

I

Ichtyose. — Ichtyose congénitale avec variole, par KOGERER. (*Soc. de méd. de Vienne*, 24 avril.)

Idiotie. — Des familles d'idiots, par BOURNEVILLE et SÉGLAS. (*Arch. de neur.* X, p. 186 et 317.)

Infection. — Localisation des maladies infectieuses, par RIBBERT. (*Deutsche med. Woch.*, n° 42.)

Intestin. — Sur les fistules entéro-ombilicales diverticulaires, par THÉRÉMIN. (*Rev. mens. des mal. de l'enfance*, décembre.) — Rétrécissement cancéreux du petit intestin, près de la valvule iléo-cœcale, par CLIPPINGDALE. (*Med. Times*, 7 novembre, p. 65.) — Suppuration autour de l'appendice vermiforme; incision abdominale. Guérison, par BARLOW et GODLEE. (*Med. Times*, 19 décembre, p. 852.) — Entérorraphie : description d'une nouvelle variété de suture, par STANMORE BISHOP. (*Brit. med. Journ.*, p. 394, août.)

Iris. — Tumeur kystique de l'iris, par CROSS. (*Trans. of opht. Soc.*, V, p. 67.) — Iridectomie et sclérotomie, par THAU. (*Gaz. hebd. de Montp.*, n° 26.)

K

Kyste. — Un cas d'hydrocèle du cou, par GŒBEL. (*Phys. and surg. Ann. Michigan*, VII, p. 243.) — De l'origine des kystes dermoïdes, formation de

certaines tumeurs par transplantations organiques, par Masse. (*Montpel. méd.*, mai.)

L

Lacrymal (App.). — Mucocèle ou ectasie du labyrinthe de l'os ethmoïde, par de Vincentiis. (*Ann. di Ottalmol*, n° 4.) — Cas de sarcome fusiforme de la glande lacrymale, par Alt. (*American Journ. of Ophthal.*, vol. II, p. 201.) — Un lacrymotome interne, par Mengin. (*Recueil d'ophtal.*, VII, n° 10, p. 608.) — Dilatation et injections dans les voies lacrymales, par Armaignac. (*Bollett. d'oculistica*, VIII, n° 2, p. 33.) — Extraction de la glande lacrymale en totalité : portion orbitaire et portion palpébrale; considérations anatomiques et physiologiques, par Badal. (*Arch. d'ophtalmologie*, V, p. 386.)

Lait. — Examen extemporané du lait de femme, par Hélot. (*Union méd. de la Seine-Inférieure*, déc.)

Langue. — Mobilité anormale de la langue avec possibilité de la projeter dans le pharynx nasal, par Jurist. (*New York med. record*, nov.) — Ulcération de la langue, par Lanelongue. (*Gaz. hebd. des sc. méd. de Bordeaux*, 13 déc.) — Glossite aiguë, incision, guérison, par W. S. Robertson. (*Brit. med. journ.*, p. 448, sept.) — Angiome sous la langue, par Haynes. (*New York med. journ.*, 19 déc.) — Épithéliome de la langue chez une fille de 20 ans; mort, par Reginald Harrison. (*Brit. med. journ.*, p. 702, oct.) — Epithélioma de la langue ; opération de Kocher, par Stimson. (*New York surg. soc.*, 27 oct.)

Laparotomie. — Trois laparotomies pour tumeurs abdominales, par Lordi. (*Gaz. di Osped.*, n° 102.) — Inclusion d'une portion de mésentère dans les trous d'un drain en verre, par Hunter. (*New York Obstet. Soc.*, 17 nov.) — Œdème pulmonaire aigu consécutif à la laparotomie, guérison, par Hunter. (*New York Obst. Soc.*, 3 nov.)

Larynx. — De l'obliquité physiologique du larynx et de la glotte, par Schech. (*Deutsche med. Woch.*, n° 17.) — Etudes cliniques de rhinologie st de laryngologie (1875 à 1885), par Schaeffer. (In-8°, *Wiesbaden.*) — Spasmes laryngés produits par une pulvérisation de cocaïne, par J. de Havilland Hall. (*Lancet*, 21 nov.) — De l'érysipèle du larynx, par Massei. (*Il Morgagni*, n° 10.) — Un cas de laryngo-trachéite hémorragique, par D. Masucci. (*Giorn. int. delle scienze mediche*, 7.) — Des laryngosténoses cicatricielles, par Cavazzani. (*Riv. venet. di sc. med.*, oct.) — Néoplasme du larynx, extirpé par les voies naturelles, par Masini. (*Gaz. di Osped.*, n° 83.) — Polype du larynx (fibrome); ablation, par Chauvel. (*Bull. soc. de chir.*, XI, p. 486.) — A propos d'un cas de polype du larynx traité avec succès par la thyrotomie, par Bonnefous. (*Gaz. hebd. Montpellier*, n° 10.) — Laryngotomie intercrico-thyroïdienne, par Dubrueil. (*Gaz. hebd. de Montpellier*, n° 42.)

Lèpre. — De la lèpre, par Kaposi. (*Wiener med. Woch*, 21 novembre.) — De la lèpre, par Suzor. (*Progrès méd.*, 26 déc.)

Lipome. — Lipome sous-péritonéal, par Hutchinson. (*Med. Times*, 5 déc., p. 787. — Du pseudo-lipome, par Dieu. (*Thèse de Paris*, 17 déc.)

Locomotion. — Etudes cliniques et physiologiques sur la marche. La marche dans les maladies du système nerveux, étudiée par la méthode des empreintes, par Gilles de la Tourette. (*Thèse de Paris*, 28 déc.)

Lupus. — Lupus hypertrophique des grandes lèvres chez la femme, par Matthews Duncan. (*Obstetr. Soc. of London journ. Brit. med.;* p. 796, oct.) — Rapport du lupus vulgaire avec la tuberculose, par J.-V. Hyde. (*Journ. of cutan. and ven. diseases*, nov. et déc.) — Du lupus et de son traitement, par Waller G. Smith. (*The Dublin med. journ.*, p. 89, février.) — Des différentes méthodes de traitement du lupus, usage du *burr* (sorte de fraise curette), par Fox. (*Journ. of cutan. dis.*, mars.)

Luxation. — Des luxations traumatiques de la hanche, principes de traitement, par Trélat. (*Semaine méd.*, 30 déc.) — Des luxations congénitales de la hanche, par E.-H. Bennett. (*The Dublin journ. of med. sc.*, p. 11, janv.) — Luxation congénitale de la hanche, par William Adams. (*Brit. med.*, p. 859, nov.)—Luxation incomplète de la rotule en dehors, par Lanelongue. (*Gaz. heb. des sc. méd. de Bordeaux*, 29 nov.)— Luxation antéro-externe de l'astragale, par Bimar. (*Gaz. hebd. de Montpellier*, nº 21.) — Des luxations de l'astragale, par Monnier. (*Gaz. méd. de Paris*, 26 déc.)— De la résection tibio-tarsienne dans les luxations du cou-de-pied en dedans, par Cadroy. (In-8º, *Bordeaux.*)

Lymphatique. — De l'innervation des cœurs lymphatiques, par Kabrhel. (*Recueil méd. tchèque*, I, fasc. 1.) — Le caustique de Filhos dans le traitement des adénites, par Arcari. (*Gaz. med. ital. lomb.*, nº 32.) — Histoire d'un cas de macrochilie; lymphangiome caverneux de la lèvre inférieure, par A. Leazi. (*Lo Sperimental,* juin.) — Observation de fistule lymphatique, par Favier. (*Ann. de derm. et de syph.*, juin.) — Bubon vénérien, recherches sur sa fréquence relative et la meilleure méthode de traitement, par Armstrong. (*Med. News.*, 5 déc.) — Mort par hypertrophie du thymus dans un cas de maladie de Hodgkin, par Baldwin. (*Columbus med. journ.*, IV, p. 7.)— De la maladie de Hodgkin, par Picchini. (*La Riforma med.*, 1er déc.) — Adénie, tumeurs ganglionnaires volumineuses et multiples du médiastin; mort, par Duflocq. (*Soc. anat.*, 17 avril.)

M

Main. — Arrachement du doigt médius avec les deux fléchisseurs, par Cravin. (*Bull. Soc. de chir.*, XI, p. 793.) — Sur un cas de panaris analgésique (de Morvan), par A. Broca. (*Ann. de derm. et de syph.*, mai.)

Maladies professionnelles. — Les maladies professionnelles des ouvriers peaussiers, par Layet. (*Rev. sanit. de Bordeaux*, nº 49.) — Déformation du crâne chez les scieurs de long, par Poncet. (*Soc. de chir.*, XI, p. 938.) — Leçons sur les affections oculaires d'origine professionnelle, par Layet. (*Rev. sanit. de Bordeaux*, nº 45.) — Maladie des cloches à air comprimé, par Meigs. (*Med. News*, 28 nov.)

Malformation. — Étude sur l'hermaphrodisme, par Reuter. (In-8º, *Wurzbourg.*) — Un cas d'absence de l'utérus et d'une partie du vagin, par Caporali. (*Gaz. med. ital. Lomb.*, nº 51.) — Malformation des organes génito-urinaires : imperforation de l'urètre, par Cordes. (*Montpellier méd.* mai.)

Mamelle. — Observations de mamelle douloureuse chez des jeunes filles, par JOHN MORGAN. (*Brit. med. journ.*, p. 738, oct.) — Contribution à l'étiologie des tumeurs de la mamelle, par LINDNER. (*Deutsche med. Woch.*, n° 38.) — Fibrome lacunaire de la mamelle chez un homme, par LE DENTU. (*Bull. Soc. de chir.*, XI, p. 900.) — Cancer des canaux galactophores de la mamelle, par STEELE MOON. (*Edinb. med. journ.*, p. 535, déc.) — Pronostic et indications de l'ablation du cancer de la mamelle, par HELFERICH. (In-8°, *Stuttgart.*) — L'extirpation de la mamelle, par VALERANI. (*Gaz. d. cliniche*, nov.) — Ablation simultanée des deux mamelles, par G. ST-GEORGE. (*Brit. med. journ.*, p. 866, nov.) — L'amputation de la mamelle chez des femmes très grasses, par RIEDEL. (*Deutsche med. Woch.*, n° 30.) — Du mode de pansement des tumeurs du sein, par DUBRUEIL. (*Gaz. hebd. des sciences méd. de Montpellier*, n° 9.)

Massage. — De la technique du massage, par REIBMAYR. (In-8°, *Vienne.*) — Du massage, par NEUMANN. (In-8°, *Leipzig.*)

Maxillaire. — Construction du maxillaire des vertébrés, par LAVOCAT. (*Acad. des Sciences*, 14 déc.) — Maladies de l'antre d'Highmore : deux observations, par HUDSON. (*Journ. of americ. med. Assoc.*, 14 nov.) — Corps étrangers dans l'antre d'Highmore, par MULHALL. (*Saint-Louis Cour. med.*, XIV, p. 78.) — Nécrose du maxillaire inférieur, par TRÉLAT. (*Gaz. des hôpit.*, 24 déc.)

Médecine (Histoire de la). — La philosophie des médecins grecs, par CHAUVET. (In-8°, 604 pages, *Caen.*) — Histoire de la médecine, par L. BARBILLION. (In-12, *Paris.*) — Origine de l'enseignement universitaire en Autriche-Hongrie, par DUBOUCHET. (*Gaz. hebd. de Montpellier*, nov.) — Histoire de la chaire d'opérations et appareils à la Faculté de Montpellier, par GRYNFELTT. (*Gaz. hebd. de Montpellier*, nov.) — Utilité de l'histoire de la médecine et de la manière de l'écrire, par BOYER. (*Montpellier méd.*, février.)

Médecine légale. — Traité de médecine légale, de jurisprudence et de toxicologie, par LEGRAND DU SAULLE, BERRYER et POUCHET. (In-8°, *Paris.*) — Les gauchers comparés aux droitiers aux points de vue anthropologique et médico-légal, par JOBERT. (*Thèse de Lyon*, n° 300.) — De l'inversion de l'instinct sexuel au point de vue médico-légal, par CHEVALIER. (*Thèse de Lyon*, n° 298.) — Consultation médico-légale sur un cas présumé d'accouchement récent (inculpation de suppression d'enfant), par A. JAUMES. (*Montpellier méd.*, oct.) — Contribution à l'examen chimico-légal des taches de sang, par E. FEDERICE. (*Lo Sperimentale*, oct.) — Observation de suicide par plaie du cou, terminé par submersion, par FRANK OGSTON. (*Edinb. med. journ.*, p. 689, fév.) — De la mort par submersion, par J.-W. DRAPER. (*Boston med. and surg. Journ.*, 19 nov.) — Suicide au moyen du fusil Werndt : deux trous d'entrée; un seul trou de sortie; un seul projectile, par TSCHUDI. (*Wien. med. Presse*, n° 43.)

Médecine militaire. — Statistique des revaccinations dans l'armée, par ZEMANCK. (*Der Militairarzt*, nos 14 et 15.) — Sur une épidémie de caserne, par ROUFFIGNAC. (*Thèse de Paris*, 5 nov.)

Méninge. — Étude sur les méningites spinales chroniques, par BÉHIER. (*Thèse de Paris*, 28 déc.) — Forme anormale de méningite tuberculeuse chez l'adulte, par BIANCHI. (*Gaz. di Ospitali*, n° 65.) — Deux cas de méningite apyrétique, par DUMAS DE LÉDIGNAU. (*Gaz. hebd. de Montpellier*, n° 28.)

Menstruation. — De l'invariabilité de fréquence du pouls dans les différentes

attitudes pendant la période menstruelle, par Louge. (*Gaz. des hôpit.*, 19 déc.) — Imperforation congénitale de l'hymen, par Segond. (*Bull. Soc. de chir.*, XI, p. 831) — Dysménorrhée membraneuse, par Skene. (*New York med. journ.*, 21 nov.)

Moelle. — Sur l'irritabilité de la moelle épinière, par Mendelssohn. (*Arch. f. Anat. u. Phys.*, p. 288.) — Observation d'hématomyélie, à la suite d'une chute dans une rivière pendant l'ivresse, par Dreschfeld. (*Brit. med. journ.*, p. 837, oct.) — Deux cas de myélite guéris, par Friedmann. (*Soc. des médec. de Vienne*, 8 mai.) — Note sur la paralysie ascendante de Landry, par Weber. (*New York neurolog. Soc.*, 3 nov.) — Du pseudo-tabes, par Leval-Picquechef. (*Thèse de Paris*, 17 déc.) — Tabes spasmodique, par Fr. Raymond. (*Dict. encycl. des Sciences méd.*, 3e série, t. XV, 2e partie.) — Du tabes dorsalis, par Adamkiewicz. (In-8°, *Vienne.*) — De l'ataxie locomotrice. Sclérose amyotrophique latérale. Sclérose latérale, par H.-C. Wood. (*Boston med. and surg. Journ.*, 12 nov.) — Du pied-bot tabétique, par Joffroy. (*Soc. méd. des hôpit.*, 25 nov.) — Arthropathie dans l'ataxie locomotrice, par Hadden. (*Med. Times*, 5 déc.) — Tabes d'origine hérédo-syphilitique probable. Fracture spontanée, par Fournier. (*France médicale*, 19 nov.) — Sur la configuration des empreintes plantaires chez les tabétiques, par Couturier. (*Thèse de Lyon*, n° 303.)

Monstruosité. — Des difformités congénitales produites sur le fœtus par la contraction musculaire, par Delplanque. (In-4°, *Paris.*) — Anatomie d'un monstre ectromélien d'après un manuscrit de Fages, par J. Grynfeltt. (*Gaz. hebd. de Montpellier*, n° 44.) — Étude sur un monstre exencéphalien, par Bentkowski. (*Thèse de Montpellier*, n° 11.)

Mort. — Mécanisme de la mort dans les cachexies, par J. Milner Fothergill. (*Brit. med. journ.*, p. 438, septembre.)

Morve. — Cas de morve, par W. Lovett. (*Boston med. and surg. Journ.*, 12 novembre.)

Muscle. — Physiologie du tétanos des muscles striés, par Aducco. (*Gaz. d. clin. Turin*, août, n° 10.) — Sur le problème de la répartition des fibres de plusieurs nerfs dans un muscle unique, par Sigmund Exner. (*Pflüger's Arch.*, XXVI, p. 572.) — Étude sur la contractilité *post-mortem* et sur l'action de certains muscles, d'après des expériences faites sur des cadavres de cholériques, par E. Jeanselme et M. Lermoyez. (*Arch. de phys.*, 15 août.) — Étude sur les amyotrophies, exposition et discussion clinique de trois cas d'atrophie musculaire, par A. Marina. (*Lo Sperimentale*, oct. et nov.) — Des maladies chirurgicales du diaphragme, par Delahouse. (*Thèse de Paris*, 23 déc.) — Contracture réflexe intermittente des abducteurs et rotateurs en dehors de la cuisse, par Hamelin. (*Gaz. hebd. méd. Montpellier*, n° 19.) — Déchirure de l'aponévrose fémorale antérieure avec hernie consécutive du muscle crural, et rupture des fibres superficielles de ce muscle, par Dartière. (*Progrès médical*, 19 décembre.)

Mycosis. — Du mycosis fongoïde ou lymphadénie cutanée, par G.-H. Tilden. (*Boston med. and surg. Journ.*, 22 octobre.) — Le mycosis fongoïde, par Le Gendre. (*Union médicale*, 17 novembre.)

Myopie. — Guérison de la myopie progressive par l'iridectomie et la sclérotomie. Théorie circulatoire de la myopie, par Dransart (*Ann. d'oculist.*, t. XCIV, p. 109.)

N

Nerf. — Des corpuscules nerveux ; un élément morphologique inconnu jusqu'ici des nerfs périphériques, par ADAMKIEWICZ. (In-8°, *Vienne.*) — Recherches sur l'anatomie et la physiologie comparée des nerfs trijumeau, facial et sympathique céphalique chez les oiseaux, par LAFFONT. (*Acad. des Sciences*, 14 déc.) — Des branches du sympathique au cou et de leurs diverses fonctions, par LUSSANA. (*Atti dell'Istit. Venet.*, n° 7.) — Anomalies des nerfs dorsaux de la main, par GUIRA. (*La Riforma med.*, 16 juil.) — Etude sur les fibres nerveuses, par BOVERT. (In-8°. *Munich.*)— Intervalle minimum nécessaire pour qu'il y ait sommation des excitations maxima dans le muscle strié, par YEO GERALD et HERROUN. (*The Journal of Physiology*, vol. VI, p. 122.) — Retard de l'influx nerveux dans les terminaisons des nerfs moteurs, par A.-W. HOISHOLT. (*Ibidem*, vol. VI, p. 1.) — Croissance simultanée des nerfs de destination différente et de fonctions différentes, par A.-L. RAWA. (*Archiv für Anat. und Phys.*, p. 296.) — Quelques mots sur les centres d'origine du nerf optique et sur leurs relations avec le globe oculaire, par von MONAKOW. (*Ibidem*, p. 329.) — Sur un cas de névrite périphérique, par THOMAYER. (*Rec. méd. tchèque*, I, fasc. 1.) — Guérison de la sciatique par la congélation au moyen de l'éther éthylique, par MILIOTTI. (*Gaz. d. Osped.*, n° 90.) — Névralgie des nerfs maxillaire supérieur et dentaire inférieur, résection, guérison, par BULL. (*N. York surg. Soc.*, 10 nov.) — Névralgie fémorale. Résection du nerf fémoro-cutané antéro-externe. Guérison, par HAYER. (*Deutsche med. Woch.*, n° 14.) — Un cas de névrorraphie pour une lésion du nerf radial, par DI FEDE. (*Bull. d. Acad. med. di Roma*, n° 5.) — De la régénération des nerfs périphériques, par MARCIGUEY. (*Thèse de Paris*, 23 déc.) — Fibrome généralisé des nerfs de la vie de relation et de la vie organique, par TOUREN. (In-8°. *Montpellier.*) — De la nutrition du système nerveux à l'état physiologique et pathologique, par MAIRET. (*Montpellier médical*, nov.) — Du choc et des effets des traumatismes sur le système nerveux, par BROWN. (*Med. News*, p. 604, 28 nov.) — Sur le centre thermique de l'écorce cérébrale, par RAUDNITZ. (*Archiv für Anat. und Phys.*, p. 347.)— Sur le courant nerveux axial, par MAURICE MENDELSSOHN. (*Ibidem*, p. 381.)

Névrose. — De la neurasthénie, ses modalités, sa signification, par ARNDT. (In-8°, *Vienne.*) — *Idem*, par BERGER. (In-8°, *Berlin.*) — Les névroses de trijumeau, par SCHADEWALDT. (*Deutsche med. Woch.*, n° 37.) — Histoire clinique d'un homme qui présentait le phénomène de la rétropulsion, par MAZZOTTI. (*Rivista clinica di Bol.*, juin.) — Du rôle de l'oxygène dans la neurothérapie, par LASCHKÉWITCH. (*Revue de médecine*, 10 oct.)

Nez. — L'appareil circulatoire de la muqueuse nasale envisagé au point de vue clinique, par BRESGEN. (*Deutsche med. Woch.*, n° 34.) — Effets de substances aromatiques sur la muqueuse nasale, par ZIEM. (*Ibidem*, n° 39.) — Des difformités du nez comme cause adjuvante de catarrhe nasal, par ROBERTSON. (*N. York med. journ.*, 19 déc.) — Du catarrhe aigu et chronique du nez ; de l'éternuement nerveux, par HERZOG. (In-8°, *Graz.*) — Causes et traitement du coryza aigu (origine microbique), par A. FLINT. (*Journ. of americ. med. Assoc.*, 14 nov.) — L'opération des tumeurs adénoïdes naso-pharyngiennes, par HARTMANN. (*Deutsche med. Woch.*, n° 35.) — Opération et statistique des tumeurs adénoïdes naso-pharyn-

giennes, par Hopmann. (*Deutsche med. Woch.*, n° 33.) — Fibromyxome du pharynx nasal, par Tillaux. (*Bull. Soc. de chir.*, XI, p. 791.) — Des polypes fibromuqueux de l'arrière cavité des fosses nasales, par Degail. (*Thèse de Paris*, 17 déc.) — Polype fibromuqueux du pharynx nasal, par Cornwall. (*California med. journ.*, mai.) — Les polypes naso-pharyngiens, par Tillaux. (*Tribune méd.*, 20 déc.) — Sur les micro-organismes du rhinosclérome, par Cornil et Alvarez. (*Ann. de Derm. et de Syph.*, avril.) — Un cas de rhinolithiase (index bibl.), par Chiari. (*Wiener med. Woch.*, 14 nov.) — Un cas d'ostéome mortel du nez, par Tillmanns. (*Arch. f. klin. Chir.*, XXXII, 3.) — De l'emploi de l'atropine dans le coryza aigu, par Gray. (*Med. News*, 5 déc.) — De l'acide chromique dans les maladies du nez et du pharynx, par Schwanebach. (*St-Petersb. med. Woch.*, 7 déc.) — Nouvelle méthode de rhinoplastie partielle et nouvelle modification de l'opération de Gritti, par Trombetta. (*Giorn. int. delle scienze mediche*, 4.)

Nutrition. — Sur la dénutrition expérimentale, par Quinquaud. (*Acad. des sciences*, 7 déc.) — De l'influence des variations du milieu physico-chimique sur le développement des animaux, par Yung. (*Arch. des sciences phys.*, XIV, n° 12.) — Influence de la quantité d'eau ingérée sur la nutrition, par Debove. (*Soc. méd. des hôpitaux*, 23 déc.) — Maladies par ralentissement de la nutrition, par Bouchard. (2e édit., *Paris.*)

O

Obésité. — Leçons sur la chirurgie de l'abdomen, par Chalot. (*Gaz. hebd. Montpellier*, n° 1.) — Des causes et du traitement physiologique de l'obésité; thérapeutique des transformations graisseuses du cœur, par Sée. (*Bull. acad. de méd.*, XIV, n° 39.) — Du traitement de l'obésité à Marienbad, par Basch. (In-8°, *Vienne.*)

Occlusion intestinale.—Un cas d'intususception, par Ferguson. (*Med. News*, 5 déc.) — Un cas d'occlusion intestinale, par Hardy. (*Gaz. des Hôpitaux*, 10 déc.) — De l'occlusion intestinale par rotation de l'intestin grêle; revue critique. (*La Riforma med.*, 4 déc.) — Un cas d'iléus guéri par le lavage de l'estomac, par Pincherli. (*Riv. veneta di med.*, juillet.)—Obstruction intestinale. Mort en 4 jours. Diverticule de l'intestin grêle, par Chaleix. (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 6 déc.) — Laparotomie chez un individu atteint d'occlusion intestinale par torsion, par P. Triglia. (*Lo Sperimentale*, août.)

Œil. —Mouvements pupillaires associés avec les mouvements extrinsèques de l'œil, par Jessop. (*Med. Times*, 28 nov., p. 748.) — Recherches sur l'anatomie humaine et l'anatomie comparée de l'appareil moteur de l'œil, par Motais. (*Arch. d'ophtalmologie*, V, p. 419.)—Traité de physiologie optique, par Helmholtz (2e édition, *Hambourg.*) — Recherches stéréognostiques destinées à déterminer les éléments successifs à l'aide desquels s'établit la représentation des corps dans l'espace. (*D. Arch. f. klin. Med.*, XXXV, p. 529 *u.* XXXVI, p. 398.) — L'image consécutive et le souvenir visuel, par Binet. (*Rev. scientif.*, 26 déc.) — Rapidité de l'accommodation, par J.-W. Barrett. (*The Journal of physiology*, vol. VI, p. 46.) — Etude sur le mécanisme de l'accommodation, par Deeren. (*Recueil d'ophtalmologie*, VII, n° 40, p. 611.)—Recherches sur les rapports entre la convergence et la myo-

pie acquise, par R. Ulrich. (*Klin Monatsbl. f. Augenheilk.*, oct.) — Remarques sur un travail critique de Kœnig, concernant les différenciations individuelles du sens des couleurs, par Hering. (*Centralbl. f. prakt. Augenheilk.*, nov.) — Note sur des recherches périmétriques, par Smith. (*Ophtalmic Review*, IV, n° 47, p. 266. — Ophtalmométrie au moyen de l'appareil de Javal et Schiotz, par Burnett. (*Arch. of ophthalm.*, XIV, n°s 2, 3.) — Un nouveau tonomètre oculaire, par Lazerat. (*Recueil d'ophtalm.*, VII, n° 10, p. 614.) — Sur le choix des verres de lunettes et sur la variation du pouvoir accommodatif avec l'âge, par Imbert. (*Gaz. hebd. Montpellier*, n° 17.) — Remarques sur l'examen ophtalmoscopique à l'image droite, par Imbert et Thau. (*Ibid.*, n° 26.) — Nouveau procédé de vérification des verres cylindriques, par Imbert. (*Ibid.*, n° 18.) — Vérification des verres de lunettes, par Layré-Dufaud. (*Ibid.*, n° 36.) — Théorie des ophtalmotonomètres, par Imbert. (*Ibid.*, n° 38.) — Nouvel optoscope pour déjouer la simulation de l'amblyopie et de la cécité monoculaires, par Bertin-Sans. (*Journ. d'hygiène*, octobre.) — Des verres colorés en hygiène oculaire, par Fieuzal. (*Bull. de la clinique nationale ophtal.*, III, 3, p. 145.) — Contribution à l'étude de la cécité, par Fieuzal. (*Ibid.*, III, 3, p. 162.) — Causes et préventions de la cécité, par Fieuzal. (*Ibid.*, III, 3, p. 148.) — Une étude des yeux des étudiants en médecine, par Randall. (*Transactions Pennsylvanie state med. society.*) — Le défaut d'usage d'un œil pendant de longues années est-il une cause d'amblyopie? par Armaignac. (*Revue clinique d'oculistique*, n° 9, p. 209.) — Leçons sur l'ophtalmologie dans ses rapports avec les maladies du système nerveux, par J. Hughlings Jackson. (*Brit. med journ.*, p, 945, nov.) — Note sur l'état des nerfs optiques dans les affections intra-crâniennes, par Edmunds et Lawford. (*Trans. of opht. soc.*, V, p. 184.) — De la vision chez les aveugles-nés qui recouvrent la vue à un âge plus ou moins avancé, et de la vision d'un œil atteint de cécité pendant une première période de l'existence, qui vient à recouvrer la vue, le second œil ayant toujours été bon, par Armaignac. (*Revue clinique d'oculistique*, n° 9, p. 217.) — De quelques anomalies et affections congénitales de l'œil observées chez des enfants de consanguins, par Sicard. (In-8°, *Bordeaux.*) — De l'hydrophtalmie congénitale, par Gallenga. (*Ann. di ottalmol.*, n° 4. — Des causes de l'atrophie du nerf optique autres que le glaucome, par Arthur Benson. (*Brit. med. journ.*, 685, oct.) — Ophtalmie sympathique datant d'une semaine, révélée par la rigidité de la pupille et deux attaques de gonflement de la paupière, avec douleurs périoculaires, par Brailey. (*Transact. of opht. Soc.*, V, p. 99.) — Préparations microscopiques montrant l'état des nerfs ciliaires dans un cas d'ophtalmie sympathique, par Brailey. (*Trans. of opht. Soc.*, V, p. 90.) — Amblyopie avec névrite légère, causée par les vapeurs de sulfure de carbone, par Fuchs. (*Trans. of opht. Soc.*, V, p. 152.) — De l'inflammation sympathique de l'œil, par Gunn. (*Roy. Lond. Opht. hosp. Rep.*, XI, 1.) — Une affection du sympathique, par Nieden. (*Centralbl. f. prakt. Augenheilk.*, nov.) — Deux cas d'inflammation du sympathique de l'œil, par Milles. (*Roy. Lond. Opht. hosp. Rep.*, XI, 1.) — Ophtalmie sympathique survenue 47 ans après le traumatisme de l'autre œil, par James Rose. (*Brit. med. journ.*, p. 397, août.) — Un cas d'ophtalmie sympathique, par Smit. (*Wien. med. Presse*, n° 38.) — Un cas de névrite rétrobulbaire, par Rampoldi. (*Ann. di Ottalmol.*, n° 3.) — Essai sur l'atrophie du globe oculaire, par Gayet et Masson. (*Arch. d'ophtalmologie*, V, p. 405.) — Accident de chemin de fer. Expertise médico-légale, amblyopie monoculaire préexistante, attribuée par le blessé à l'accident, par Armaignac. (*Revue clinique d'oculistique*, n° 10, p. 233.) — Nerf optique après un accident de chemin de fer, par Carter. (*The Lancet*, n° 17.) — Cas de tuméfaction des paupières après une tentative infructueuse pour extraire

la canine supérieure du côté gauche; abcès de l'orbite; cécité complète; atrophie optique; embolie des vaisseaux rétiniens, par BURNETT SWAN. (*Arch. of ophthalm.*, XIV, n°s 2 *bis*, 3.) — Complète paralysie congénitale de l'oculo-moteur; les mouvements de l'iris et l'accommodation étant intacts, par TILEY. (*Americ. Journ. of Ophthalm.*, II, n° 9, p. 195.) — Le nerf moteur oculaire commun et ses paralysies, par BLANC. (*Thèse de Paris*, 17 déc.) — Trois cas de nystagmus, par V. REUSS. (*Wien. med. Presse*, n° 45.) — Six cas d'érythropsie, par V. REUSS. (*Wien. med. Presse*, n° 48.) — Phlébite suppurée des veines ophtalmiques et des sinus caverneux, par LAPERSONNE. (*Arch. d'ophtalmologie*, V, p. 436.) — Ophtalmoplégie externe, par WEBER. (*N. York neurolog. Soc.*, 3 nov.) — Leçons sur les paralysies des muscles de l'œil, par PANAS. (*Union médicale*, 22-26 novembre.) — Fragment de verre resté dans l'œil pendant 10 mois sans symptôme d'irritation, par FERGUSSON. (*Ophthalmic Rewiew*, IV, n° 48, p. 293.) — Sarcome intra-oculaire amenant de l'ophtalmie sympathique, par MILLES. (*Roy. Lond. Opht. hosp. Rep.*, XI, 1.) — Même sujet, par BRAILEY. (*Ibidem.*) — La ténotomie de l'oblique inférieur, par LANDOLT. (*Arch. d'ophtalmologie*, V, p. 402.) — Nouveau cas d'opération faite sur l'œil à l'aide de l'aimant avec conservation de l'acuité visuelle, par JANY. (*Deutsche med. Woch.*, n° 47.) — De l'extraction des corps étrangers métalliques de l'œil à l'aide d'un aimant (suite), par GALEZOWSKI. (*Recueil d'ophtalm.*, VII, n° 10, p. 584.) — De l'exentération du globe oculaire, par SERRE; *idem* par THAU. (*Gaz. hebd. de Montpellier*, n° 24-38.) — Exentération du bulbe oculaire, par ALBINI. (*Gaz. di Ospit.*, n° 80.) — Un nouvel instrument pour laver le cul-de-sac supérieur de la conjonctive, par ANDREWS. (*The medical Record*, 29 août.) — Considérations et observations pratiques sur les collyres, par G. ALBINI. (*Giorn. int. delle scienze mediche*, 1.) — La cocaïne dans la chirurgie et la thérapeutique oculaire, par GOUNEA HELANO. (*Rio de Janeiro.*) — Des antiseptiques dans la chirurgie oculaire, par NOYES. (*N. York Acad. of med.*, 21 déc.) — L'iodoforme dans la thérapeutique oculaire, par ROSMINI. (*Gaz. med. ital. lomb.*, n° 40.) — L'ophtalmie du jéquirity, par VON REUSS. (*Wien. med. Presse*, n° 43.) — Le sublimé en ophtalmologie, par EMMERT. (*Deutsche med. Woch.*, n° 34.)

Œsophage. — Rétrécissement de l'œsophage, œsophagotomie interne, par SANDS. (*N. York surg. society*, 27 oct.)

Orbite. — De l'emphysème de l'orbite, par MARCUS. (*Deut. Z. f. Chir.*, XXIII, 1 et 2.) — Tumeur de l'orbite, par RICHET. (*Gaz. des hôp.*, 15 déc.)

Oreille. — Traité des affections chirurgicales de l'oreille, par SCHWARTZE. (In-8°, *Stuttgart.*) — Traité des maladies des oreilles, par KIRCHNER. (In-8°, *Brunswick.*) — De l'audition colorée, par E. GIRAUDEAU. (*Encéphale*, n° 5, p. 589.) — Influence des excitations périphériques du trijumeau sur l'organe auditif, par MEYERSON. (*Wien. med. Presse*, n° 44.) — Vertige de Ménière compliqué de symptômes tabétiques, par CHARCOT. (*Gaz. des hôp.*, 5 déc.) — Ossification du cartilage de l'oreille, par SCHWABACH (*Deutsche med. Woch.*, n° 25.) — Du vertige auriculaire consécutif aux injections de liquide dans le conduit auditif externe, par MULLOT. (*Thèse de Paris*, 11 déc.) — Blépharospasme dans les injections de l'oreille, par ZIEM. (*Deutsche med. Woch.*, n° 49.) — Opération pour une malformation de l'oreille, par BISHOP. (*Journ. of americ. med. assoc.*, 7 nov.) — Sur la maladie de Ménière, par E. MORPURGO. (*Lo Sperimentale*, juin.) — Du peu de valeur de la conductibilité des sons à travers les os du crâne pour le diagnostic du siège des maladies de l'oreille, par LUCÆ. (*Brit. med. journ.*, p. 644, oct.) — Description d'un nouvel instrument destiné à servir simultanément d'insufflateur, d'évacuateur et d'injecteur dans les affections de l'oreille, par

J. Ward Cousins. (*Brit. med. journ.*, p. 641, oct.) — Guérison d'une otite moyenne suppurée datant de 35 ans, par Brunetti. (*Riv. veneta di sc. med.*, nov.) — Méningite consécutive à une otorrhée chronique d'origine scarlatineuse, par Hyde Hills. (*Brit. med. journ.*, p. 602, sept.)

Organismes inférieurs. — Technologie des recherches bactériologiques, par Dolley. (In-12, *Boston.*) — Où en est la doctrine microbienne? (*Progrès méd.*, 19 déc.) — Microbes et diathèse, par Abadie. (*Progrès médical*, 12 déc.) — Maladies infectieuses; bactéries et bactériothérapie, par Cantani. (*La Riforma med.*, 28 nov.) — Les hypermicrobiens et les hypomicrobiens, par Pécholier. (*Montpellier méd.*, sept.) — Leçons sur la bactériologie, par Loomis. (*N. York med. Record.*, oct.) — Les nouvelles méthodes d'étude des bactéries, par Banti. (*Annali universali*, juin.) — Leçons sur les bactéries, par de Bary. (In-8°, *Leipzig.*) — Les microbes, par Trouessart. (In-8°, *Paris.*) — De l'étiologie bactérienne des maladies infectieuses, par Mittenzweig. (In-8°, *Berlin.*) — Emploi du sérum humain comme milieu de culture des microbes pathogènes, par Bumm. (*Deutsche med. Woch.*, n° 53.) — Sur le micro-organisme de la pneumonie, par Zaesslein. (*La Riforma med.*, 4 juillet.) — De la méthode de coloration de Gram appliquée à l'examen des microbes de la pneumonie et de la tuberculose, par Afanassiew. (*Edinb. med. journ.*, p. 717, fév.) — Le bacille de la balano-posthite, par Mannino. (*Gaz. di Osped.*, n° 83.)

Os. — Mécanisme de la croissance des os, par Busch. (*Arch. f. Anat. u. Phys.*, p. 334.) — Reproduction de 2 pouces 3/4 de la clavicule chez un homme par une greffe avec le périoste et une gaine osseuse prise chez un chien, par Trucart. (*N. York med. Record.*, oct.) — Nature et étiologie de la périostite externe costale, par Forgue. (*Gaz. hebd. Montpel.*, n° 5.) — De la périostite externe, par Tédenat. (*Montpel. méd.*, avril.) — La périostite infectieuse, maligne, par A. Ceccherelli, (*Lo Sperimentale*, juillet et août.) — De l'ostéomyélite insidieuse ou premier stade de l'ostéomyélite tuberculeuse, par Francon. (*Thèse de Paris*, 30 déc.) — Genu valgum double; ostéoclasie, par Anger. (*Bull. Soc. de chir.*, XI, p. 688.) — 1° Sarcome de l'os iliaque : noyaux secondaires dans les poumons et les reins; 2° Sarcome du fémur : noyaux secondaires dans le rein, la peau, le mésentère, par Knight. (*Med. Times*, 14 nov., p. 669.) — Sarcome sous-périostique et médullaire ossifiant, par Hamonic. (*Soc. anat.*, 20 février.) — Etude sur l'ostéomalacie et le rachitisme, avec recherches sur la résorption et l'apposition osseuses, par Pommer. (In-8°, *Leipzig.*)

Ovaire. — Note sur les kystes para-ovariques et leur traitement, par Terrillon. (*Ann. de gynéc.*, déc.) — Contribution à l'étude des kystes dermoïdes de l'ovaire, développés dans l'excavation pelvienne, par Guichard. (*Arch de Toc.*, juil.) — Remarques cliniques à propos de l'influence des ovariotomies doubles sur la menstruation, par Terrier. (*Rev. de Chir.*, 10 décembre.) — Note sur deux cas d'ovariotomie, par Mo et Capenotto. (*Gaz. d. cliniche*, nov.) — Trois cas d'ovariotomie, par W. Thomson. (*The Dublin journ. of med. sc.*, p. 126, février.) — Quatorze cas d'ovariotomie, par Arthur Macan (*Ibid.*, p. 101.) — Un fait d'ovariotomie, par Roderick Maclaren. (*Edinb. med. journ.*, p. 333, oct.) — Statistique de 50 cas d'ovariotomie, par Skene Keilt (48 succès, 2 morts). (*Brit. med. journ.*, p. 829, oct.) — L'ovariotomie à Rome, par I. H. Thompson. (*Giorn. int. delle scienze mediche*, 4.) — La castration de la femme, par Heydenreich. (*Semaine méd.*, 23 déc.) — Sarcome de l'ovaire; ovariotomie, par Polaillon. (*Arch. de tocol.*, mars.) — Opération secondaire (réouverture du ventre) pour une péritonite aiguë consécutive à l'ovariotomie, guérison, par Hunter. (*N. York obstet. Soc.*,

17 nov.) — Sur les trois dernières ovariotomies exécutées par Porro, par BERTAZZOLI. (*Gaz. med. ital. lomb.*, n° 39.)

P

Pansement. — Des pansements à la glycérine, par S.-C. GORDON. (*Boston med. and surg. Journ.*, 31 déc.) — Utilité des pansements secs, par SMITH. (*Journ. of americ. med. Assoc.*, 14 nov.) — Du pansement au sphagnum ou feutre végétal antiseptique, par DUBRUEIL. (*Gaz. hebd. Montpellier*, n° 34.)

Paralysie. — Les paralysies radiculaires du plexus brachial, par LONGUET (*Union médicale*, 3-5 déc.) — De la paralysie spinale antérieure subaiguë, par DYCE DUCKWORTH. (*Lancet*, 14 nov.) — Des mouvements involontaires, provoqués dans les muscles paralysés des hémiplégiques par les mouvements volontaires des muscles non paralysés, par CAMUS. (In-8°, *Bordeaux.*) — Paralysie labio-glosso-laryngée d'origine syphilitique, par A. RAOULT. (*Ann. de dermat.*, p. 505.) — Paralysie musculaire pseudo-hypertrophique, par KNAPP. (*Journ. of americ. med. Assoc.*, p. 553, 14 nov. et *Boston med. and surg. Journ.*, 5 nov.) — Paralysie pseudo-hypertrophique, par SUCKLING. (*Brit. med. journ.*, p. 838, oct.) — Deux observations de paralysie agitante accompagnée de troubles intellectuels, par G.-H. ROGER. (*Encéphale*, n° 6, p. 648.)

Paralysie générale. — Cas remarquable de rémission ou de guérison temporaire de la paralysie générale, par SÉMELAIGNE. (*Ann. méd. psych.,* nov., p. 435.)

Parotide. — Du chondrome de la parotide, par TILLAUX. (*Gaz. des hôpitaux*, 8 décembre.)

Pathologie. — Pathologie générale des maladies infectieuses, par STRICKER. (In-8°, *Vienne.*) — Eléments de pathologie, par RINDFLEISCH, traduction de SCHMITT. (In-8°, 400 pages, *Nancy.*) — Les sciences biologiques et la chirurgie, par A. ANTONA. (*Giorn. int. delle scienze mediche* n° 3.) — Traité de pathologie et de thérapeutique des maladies internes, par STRÜMPELL, traduction espagnole par MADERA. (*Séville.*)

Paupière. — De quelques opérations pratiquées sur les paupières, par LANDOLT. (*Arch. d'ophtal.*, nov.) — Entropion et trichiasis traité et guéri par le thermocautère, par A. DUMAS, de Cette. (*Gaz. hebd. de Montpellier*, n° 29.) — Blépharoplastie, par DE GOUVÊA. (*Revista de cursos Rio de Janeiro*, décembre 1884.) — Les opérations récentes pour le trichiasis, par BENSON. (*Roy. London opht. hosp. Rep.*, XI, part. 1.) — Opération de la blépharoptose congénitale et acquise, par BRUGGER. (*Aerztl. Intellig. Bl.* n° 46.)

Peau. — Sur des cellules ganglionnaires découvertes dans la peau, par PRUS. (*Przeglad lek.*, n° 20.)— De la peau et des poils, par CLASEN. (In-8°, *Stuttgart.*) — Peau (anatomie), par CH. ROBIN et RETTERER. (*Dict. encycl. des sciences médic.*, 2e série, t. XXII, 1re partie.) (Développement, physiologie), par E. MASSE. (*Ibid.*, t. XXII, 1re partie.) Taches, par A. LACAS-

SAGNE. (*Ibid.*, t. XV, 2e partie.) — Physiologie et pathologie du pigment cutané, par EHRMANN. (*Viertelj. f. Dermat.*, XII, 3 et 4.) — Des relations des dermatoses avec les affections des reins et l'albuminurie, par THIBIERGE. (*Ann. de dermat.*, juillet.) — Sur une nouvelle forme de maladie cutanée, la lymphodermie pernicieuse, par KAPOSI. (*Ann. de dermatolog.*, juillet.)

Pellagre. — La pellagre et les affections des yeux, par RAMPOLDI. (*Ann. di Ottalmol.*, n° 3.) — Pellagre, par JULES ARNOULD. (*Dict. encycl. des sciences médic.*, 2e série, t. XXII, 1re partie.)

Pemphigus. — Contribution à l'histoire de la fièvre exanthématique bulleuse (pemphigus aigu), par P. SPILLMANN. (*Ann. de dermat. et de syphil.*, p. 471.)

Périnée. — Sur deux cas de périnéorraphie faite avec succès par le procédé d'Emmet, par KIRMISSON. (*Bull. Soc. de chir.*, 15 avril.) — De la périnéorraphie, par SCHWARTZ. (*Rev. de chir.*, 10 déc.) — Opération nouvelle pour restaurer le périnée après la rupture, par JAMIESON. (*Brit. med. journ.*, octobre.)

Péritoine. — Le traitement chirurgical de la péritonite, par VALERANI. (*Gazz. di cliniche*, nov.) — Péritonite tuberculeuse enkystée simulant un kyste de l'ovaire, par HOWARD. (*Boston med. journ.*, 8 oct.) — Un cas de péritonite tuberculeuse confondue avec une cirrhose atrophique, par LÉONARD. (*Soc. anat.*, 10 avril.) — Pseudo-étranglement par péritonite primitive, par POUPON. (*Thèse de Paris*, 19 déc.) — Pseudo-myxome du péritoine, par DE TORNÉRY. (*France médicale*, 19 déc.)

Pharmacologie. — De la nécessité d'une pharmacopée internationale, par QUINLAN. (*The Dublin journ. of med. sc.*, p. 286, oct.) — De l'action des diurétiques, par E. LONG FOX. (*Brit. med. journ.*, p. 340, août.) — Influence de l'acide lactique sur la fonction rénale et son action déprimante sur le système nerveux, par JANOVSKY. (*Arch. klin. Vnoutrennikh*, IX.) — Influence des sels de potassium sur le cœur et sur la circulation du sang, par SIROTININE. (*Arch. klin. Vnoutrennikh*, IX.) — Influence de l'iode, administré sous la forme de sels alcalins, sur la métamorphose azotée, par SMIRNOFF. (*Arch. klin. Vnoutrennikh*, IX.) — Sur l'action cardiaque des alcaloïdes de l'aconit, par D. ROSELLINI. (*Giorn. int. delle scienze mediche*, 6.) — Contribution à la micrographie des poudres officinales (cannelle, rhubarbe, jalap), par HARLANT. (*Bull. acad. de médec. de Belgique*, n° 9.) — Note clinique pour servir à fixer la valeur thérapeutique du convallaria maialis, par H. FERREIRA. (*Union médicale*, 17 déc.) — Des propriétés toxiques du sassafras, par BARTLETT. (*Chicago gynecol. Soc.*, 17 nov.) — Du menthol et de son emploi, par SCHMITZ. (*Cent. f. klin. Med.*, n° 32.) — Recherches sur les propriétés du guarana et de la guaranine, par BOCHEFONTAINE et GOSSET. (*Journ. des cours méd.*, 20 août.) — Action du bromhydrate d'hyoscine, par CHURCH. (*New York med. Record.*, oct.) — De l'action de l'élastérine, par RUATA. (*Gaz. d. osped.*, n° 93.) — L'antipyrine dans la phtisie, par KAETZER. (*Deutsche med. Woch.*, n° 17.) — L'antipyrine : son action physiologique, ses effets thérapeutiques, par ADAMS. (*Journ. of americ. med. Assoc.*, 5 déc.) — L'action de l'antipyrine sur la température et les échanges nutritifs chez les enfants fébricitants et en bonne santé, par JACOUBOVITCH. (*Ruskaia med.*, n° 21.) — Influence de l'antipyrine sur l'élimination de l'acide carbonique et sur l'hémoglobine, par G. BRANCALEONE et G. ALESI. (*Giorn. intern. delle scienze mediche*, 8.) — L'antipyrine, par G. CESARE. (*Ibid.*, I et II.) — De la thalline, comme nouvel antipyrétique, son action thérapeutique et son emploi dans les maladies fébriles, par PAVAY. (*Wiener med. Woch.*, 12 déc.) — Du sulfate de spartéine comme médica-

ment dynamique et régulateur du cœur, par G. Sée. (*Gaz. méd. de Paris*, 28 nov.) — La spartéine, par Ortolenghi. (*Gaz. d. cliniche*, déc.) — De la spartéine, par Laborde. (*Tribune médicale*, 29 nov.) — Le kephyr, par Axenfeld. (*Gaz. di osped.*, n° 91.)

Pharynx. — De l'importance de la bourse pharyngée pour le diagnostic et le traitement des affections naso-pharyngées, par Tornwaldt. (In-8°, *Wiesbaden.*) — Maladie du pharynx nasal comme cause de surdité, par Bendell. (*Albany med. Ann.*, VI, p. 33.) — Adhérences du voile du palais aux parois du pharynx, par Rice. (*New York med. journ.*, 26 déc.) — Traitement des cancers de la muqueuse de la joue et des parties latérales du pharynx, par Kuster. (*Deutsche med. Woch.*, n° 50.)

Physiologie. — Traité de physiologie pour les vétérinaires, par Bruckmüller. (In-8°, *Vienne.*) — Conférences sur la physiologie, par Brucke. (In-8°, *Vienne.*)

Pied. — Traitement de l'onyxis, par Negretto. (*Gaz. med. ital. Lombard.*, n° 28.)

Placenta. — La circulation du placenta chez quelques mammifères, par A. Tafani. (*Lo Sperimentale*, août.) — Tamponnement ou version dans les cas de placenta prævia, par Truzzi. (*Gaz. med. ital. Lombard.*, n° 43.)

Plaie. — Des plaies d'armes à feu par coups de revolver, par Gritti. (*Gaz. di osped.*, n° 99.)

Plévre. — Pleurésies à signes pseudo-cavitaires, par Frémont. (*Thèse de Paris*, 24 déc.) — Pleurésies. Signe du sou de Pitres, par Davezac. (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 13 déc.) — Epanchement pleurétique contenant de nombreux cristaux de cholestérine, par T. Churton. (*Brit. med. journ.*, p. 396, août.) — Pneumo-thorax avec bruits du cœur perceptibles à distance, par Cornils. (*Deutsche Med. Woch.*, n° 24.) — Sur un cas d'abcès pleural, par S. Tomaselli. (*Giorn. int. delle scienze mediche*, 8.) — Quelques points relatifs au traitement des exsudats pleurétiques, par Bracchi. (*Raccoglit. med.*, oct.) — Sur le traitement mécanique de la pleurésie exsudative, par F. Cimbali. (*Lo Sperimentale*, oct.) — Du traitement des exsudats, par Hampeln. (*Zeit. f. klin. Med.*, X, 4.) — Cas d'empyème, par H. Gairdner. (*Edinb. med. journ.*, p. 1117, juin.) — Traitement de la pleurésie purulente chez l'adulte, par Hampeln. — Drainage par ponction. (*Zeit. f. klin. Med.*, X, Heft. 4.) — Abcès métastatiques du cerveau après l'empyème, par Karl Bettelheim. (*D. Arch. f. klin. Med.* Bd. XXXV, Heft. 6, p. 607.) — Traitement de l'empyème chronique, par A. Ceccherelli. (*Giorn. int. delle scienze mediche*, 7.) — De l'opération d'Estlander, par Kirmisson. (*Gaz. méd. de Paris*, 5 déc.) — L'opération d'Estlander, par Ceccherelli. (*Riviata clin. di Bol.*, janvier.)

Poumon. — Procédé opératoire nouveau pour l'étude physiologique des organes thoraciques, par Léon Fredericq. (*Archives de biologie*, t. VI, fasc. 1.) — Sur le ferment de l'expectoration (présence d'un ferment analogue à la trypsine dans les produits d'expectoration de malades atteints de gangrène pulmonaire; quantité moindre dans une caverne tuberculeuse; traces dans un cas d'ectasie bronchique), par Escherich. (*Deutsche Arch., f. klin. Med.*, Bd. XXXVII, p. 196.) — Recherches sur les pneumonies, par Talma. (*Zeit. f. klin. Med.*, X, 4.) — Etiologie de la pneumonie fibrineuse franche, par Lebedinsky. (*Inaug. Diss. St-Petersb.*) — De la pneumonie dans l'Inde, par Norman Cheevers. (*Med. Times and Gaz.*, 12 déc.)

— Pneumonie infectieuse, sa distribution géographique dans le pays de Galles, par LLOYD ROBERTS. (*Brit. med. journ.*, p. 442, sept.) — Un cas de pneumonie latente, par GRANER. (*New York med. journ.*, 19 déc.) — Nature et traitement de la pneumonie, par STEWART LOCKIE. (*Edinb. med. journ.*, p. 323, oct.) — A propos des broncho-pneumonies de l'enfance et de leurs microbes, par THAON. (*Revue de médecine*, 10 déc.) — Note sur l'anthracosis, par ANDREW SMART. (*Brit. med. journ.*, sept., p. 439.) — Recherches sur les inhalations de poussières et les métastases qui en résultent, par ARNOLD. (In-8°, *Leipzig.*) — Sarcome du poumon, par PORTER. (*Brit. med. journ.*, p. 448, sept.) — Hernie traumatique du poumon, par CARRIÈRE. (*Gaz. hebd. sciences méd. Montpellier*, n° 14.) — Plaie pénétrante de poitrine. Aphasie. Hémiplégie. Mort, par DUBRUEIL. (*Gaz. hebd. sciences méd. Montpel.*, n° 16.) — Abcès du poumon suivi d'empyème, produit par un épi de graminée introduit dans les voies aériennes : guérison spontanée, par RICHARD PETCH. (*Brit. med. journ.*, p. 1015, nov.)

Prostate. — Du traitement des abcès prostatiques et périprostatiques par l'incision perinéale, par GUILAIN. (*Thèse de Paris*, 23 décembre.)

Psoriasis. — Du psoriasis ou leucoplasie buccale, par P. LUPO. (*Giorn. int. delle scienze mediche*, 7.) — Traitement de la leucoplasie buccale par l'acide lactique, par JOSEPH. (*Deutsche med. Woch.*, n° 43.)

Psychose. — Hallucinations de la vue et de l'ouïe dépendant de troubles congestifs, par PIGNOL. (*Encéphale*, n° 4, p. 439.) — Quelques considérations sur les terreurs morbides et le délire émotif en général, par E. DOYEN. (*Ibid.*, n° 4, p. 418.) — Note sur les obsessions anxieuses ou émotives (délire émotif de Morel), par E. RÉGIS. (*Ibid.*, n° 6, p. 659.) — Hallucinations unilatérales, par HAMMOND. (*New York med. journ.*, 12 déc.) — De la sitiophobie et de son traitement par le lavage de l'estomac, par RASPAIL. (*Thèse de Paris*, 29 décembre.)

Ptomaïne. — De la choline comme origine des ptomaïnes, par BRIEGER. (*Zeit. f. klin. Med.*, X, 3.)

Puerpéral (État). — De la fièvre puerpérale au point de vue étiologique et de son traitement par les antiseptiques, par GRACH. (*Thèse de Montpellier*, n° 38.) — Sur les moyens d'empêcher la fièvre puerpérale, par VASSILI SUTUGIN. (Revue critique très complète sur les antiseptiques employés en obstétrique.) (*Edinb. med. journ.*, p. 781, mars.) — Deux cas d'infection puerpérale grave, traités avec succès par les injections intra-utérines de sublimé, par DUMAS. (*Montpellier méd.*, juin.) — De l'irrigation continue comme traitement prophylactique et curatif des infections puerpérales, par PINARD et VARNIER. (*Ann. de gynécol.*, décembre.)

Q

Quinine. — Sur l'action anti-thermique de la quinine, par DUJARDIN-BEAUMETZ et PÉCHOLIER. (*Montp. méd.*, octobre.)

R

Rachis. — De l'étiologie de la scoliose, par SCHENK. (In-8°, *Bonn.*) — Anato-

mie pathologique de la scoliose, par Lorenz. (*Soc. des méd. de Vienne*, 6 novembre.) — Scoliose considérable, arrêt de développement des viscères. Mort par asphyxie, par Bertez. (*Soc. anat.*, 17 avril.) — Les causes de la scoliose, par Stapfel. (*Deutsche med. Woch.*, n° 32.) — Deux cents cas de courbure latérale de la colonne vertébrale traités sans corsets mécaniques, par Bernard Roth. (*Brit. med. journ.*, p. 819, octobre.) — Observation de périostite vertébrale, accompagnée de spasmes tétaniques, par W. Budd. (*Ibid.*, 599, septembre.) — Carie des vertèbres cervicales, description d'un collier destiné à immobiliser le cou, par Edmond Owen. (*Ibid.*, p. 824, octobre.) — Nouvel appareil destiné à supporter la tête dans le mal de Pott des vertèbres cervicales, par Henry Clark. (*Ibid.*, p. 825, octobre.) — Appareil pour le traitement du mal de Pott cervical, par W. Walsham. Appareil pour la carie des vertèbres dorsales supérieures, par Walter Pye. (*Ibid.*, p. 826, 827, octobre.)

Rage. — Expériences pour servir à l'étude de la prophylaxie et du traitement de la rage, par Bochefontaine. (*Journ. des connaiss. méd.*, 12 novembre.) — Rapport sur un mémoire du Dr Chassinat, relatif à une épidémie de rage, par Leblanc. (*Bull. de l'Ac. de méd.*, XIV, n° 46.) — Sur la prophylaxie de la rage, par Leblanc. (*Bull. Acad. de méd.*, XIV, n° 49.) — Altérations du cerveau et de la moelle épinière chez les chiens dans la rage, par Kolesnikoff. (*Inaug. diss. Saint-Pétersbourg.*) — Hydrophobie rabique. Inoculation de 18 mois, par Tuchard. (*Union médicale*, 8 décembre.)

Rate. — Excision de la rate, par Roddick. (*Med. News*, p. 581, 21 nov.)

Rectum. — De la rectite prociférante vénérienne et non vénérienne, par Hamonic. (*Thèse de Paris*, 30 décembre.) — Tumeurs du rectum (lipomes, fibro-myomes, sarcomes), par Tédenat. (*Montp. médic.*, mars.) — Sarcome mélanique du rectum, par Charles Ball. (*Brit. med. journ.*, p. 694, oct.)

Réflexe. — Des actions réflexes; des réflexes du genou et de l'irritabilité musculaire dans la fièvre typhoïde, la phtisie et d'autres fièvres continues, par Angel Money, *Lancet*, 7 novembre.) — Des réflexes tendineux, par L. Paris. (*Giorn. intern. delle scienze mediche*, 4.) — Valeur clinique des réflexes profonds, par Gowers. (*Brit. med. journ.*, p. 867, novembre.)

Rein. — Absence congénitale du rein droit, par Hofacker. (*Deutsche med. Woch.*, n° 30.) — Disposition particulière des capsules surrénales chez les hémicéphales, par R. Lomer. (*Arch. f. path. An. u. Phys.*, XCVIII, H. 2, p. 366.) — Des lésions du rein produites par l'oblitération des artères rénales, par Maron. (*Thèse de Paris*, 28 décembre.) — Cas grave de colique néphrétique. Guérison, par J. Gordon Morrill. (*Boston med. and. surg. journ.*, 26 décembre.) — Les éléments de pronostic dans la maladie de Bright, par Flint. (*N. York county med. Assoc.*, 16 novembre.) — Des lésions rénales consécutives à la lithiase urinaire, par Jardet. (*Thèse de Paris*, 15 décembre.) — Altérations du muscle cardiaque dans la néphrite interstitielle, par Pismenny. (*Inaug. Diss. St-Pétersbourg.*) — Néphrite chronique, hémorragies cérébrale et vaginale, par Delbet. (*Soc. anat.*, 10 avril.) — Néphrite interstitielle, lésions du rein granuleux très avancées chez une fille de 17 ans, par Porter. (*Brit. med. journ.*, p. 701, oct.) — Dégénération kystique du rein chez un homme de 65 ans, par Mac Dowall. (*Edinb. med. journ.*, p. 919, avril.) — Deux cas de néphrite diphtéritique primitive, par Levi. (*Lo Sperimentale*, novembre.) — Néphrite parenchymateuse chronique guérie par les injections de pilocarpine, par Lazarus. (*Wien. med. Presse*, n° 31.) — Cancer de la capsule surrénale, par Subet-Barbon. (*Soc. anat.*, 20 février.) — Emploi de la nitroglycérine

dans la néphrite, par LENTOWSKY. (*Med. Pribavl. Sborn.*, septembre.) — De l'influence de divers agents sur l'élimination de l'albumine dans la néphrite, par KORKOUNOFF. (*Inaug. Diss. St-Pétersb.*, 1884.) — Observation de néphrorraphie et de néphrectomie, par HAYES AGNEW. (*Philad. med. Times*, 13 juin.) — Néphrorraphie pratiquée avec succès pour un rein mobile, par DE PAOLI. (*Gazz. delle cliniche*, II, n° 14.) — Trois cas de néphrotomie, par BENNET MAY (un succès, une mort par pyohémie, une opération exploratrice sans trouver de calcul.) (*Brit. med. journ.*, p. 837, octobre.) — Pyolonéphrite suppurée, néphrotomie. Guérison, par FERRERI. (*Lo Sperimentale*, novembre.) — Néphrectomie, par MONOD. (*Bull. soc. de Chir.*, XI, p. 503.) — Cancer du rein, néphrectomie, par ORLOWSKI. (*Gaz. lekarska*, n° 17.) — Étude sur l'extirpation du rein, par DE JONG. (*Inaug. Diss. Heidelberg.*) — Cancer du rein, néphrectomie, par ORLOWSKI. (*Deut. Zeit. f. Chir.*, XXII, 1 et 2.)

Résection. — Résection du coude, par POZZI. (*Bull. soc. de Chir.*, XI, p. 729.) — Résection totale du coude pour un anthrax, par MARZOCCHI. (*Raccoglit. med.*, novembre.) — Sur la résection du coude dans la tumeur blanche, par COTTON. (*Thèse de Paris*, 23 décembre.) — Résection du poignet, par POLAILLON. (*Bull. Soc. de Chir.*, XI, p. 823.) — Remarques sur la résection de la hanche, par MILTON YALE. (*N. York med. journ.*, 28 novembre.) — Ablation du tibia, par HART. (*Journ. of Americ. med. Assoc.*, 7 nov.) — De la résection ostéoplastique du pied, procédé de Mikulicz, par FISCHER. (*Deut. Zeit. f. Chir.*, XXIII, 1 et 2.) — Résection des os du tarse, par POORE. (*N. York surg. Soc.*, 24 novembre.)

Respiration. — Contribution à la névro-pathologie de la respiration, par PASSERINI. (*Gaz. d. osped.*, n° 92.) — Appareil pour la respiration artificielle, par I. ROSENTHAL. (*Archiv für Anat. und Phys.*, p. 400.)

Rétine. — Distribution des vaisseaux sanguins dans les couches internes de la rétine, par J.-W. BARRETT. (*Proceedings of the physiological Society*, 14 février.) — Trois cas de décollement rétinien, par BRAILEY. (*Trans. of opht. Soc.*, V, p. 113.) — Cas de rétinite albuminurique unilatérale, par EALES. (*Trans. of opht. Soc.*, V, p. 126.) — Note sur un cas d'embolie de l'artère centrale de la rétine, par LEPLAT. (*Ann. d'oculist.*, XCIV, p. 116.) — Thrombose de l'artère rétinienne pendant la convalescence de la scarlatine, par FRANK HODGES. (*Ophtalmic review*, vol. IV, n° 48, p. 296.)

Rhumatisme. — Encéphalopathie et rhumatisme, par CARRIEU. (*Gaz. hebd. des sc. de Montpellier*, janvier.) — Du rhumatisme, par DYES. (In-8°, *Neuwied.*) — Traitement du rhumatisme aigu; discussion, par BRISTOWE, THOMAS, LATHAM, etc. (*Brit. med. journ.*, p. 332, août.) — L'ichthyol, usage externe dans le rhumatisme articulaire chronique, par LOVENZ. (*Deutsche med. Woch.* n° 23.) — De l'acupunture et de son application dans le traitement de certaines formes de rhumatisme chronique, par LORIMER. (*Brit. med. journ.*, p. 956, novembre.)

Rougeole. — Rougeole compliquée de broncho-pneumonie et suivie de mort. Abcès rétro-pharyngien méconnu pendant la vie et découvert à l'autopsie, par DESCROIZILLES. (*France médicale*, 5 novembre.)

Rouget. — Examen microscopique du rouget du porc, par PALTAUF. (*Soc. des méd. de Vienne*, 16 octobre.)

S

Sang. — De la réaction chimique du sang veineux dans quelques maladies, par Mya. (*Gazz. d. cliniche*, oct.) — Sur le sang des crustacés décapodes, par Halliburton. (*The Journal of Physiology*, vol. VI, p. 300.) — Action de quelques liquides neutres sur les globules rouges du sang, par Mayet. (*Lyon méd.*, 22 nov.) — Action des ferments diastasiques sur la coagulation du sang, par Salvioli. (*La riforma med.*, 9 nov.) — Remarques critiques et complémentaires sur la doctrine de la nécrose de coagulation, par Weigert. (*Deutsche med. Woch.*, n° 44.) — Les taches du sang, leur signification, leur importance en médecine judiciaire, par Florence. (In-8°, *Paris.*) — De la valeur thérapeutique de la saignée, par James Robinson. (*Med. Times and Gaz.*, 14 novembre.)

Saturnisme. — Sur un cas d'intoxication saturnine chez les télégraphistes, par Fleury. (*Loire méd.*, 15 déc.) — Cause peu connue d'empoisonnement chronique par le plomb (tailleur coupant un fil à coudre teint avec les dents), par Meigs. (*Med. News.*, 21 nov.) — Sur un cas d'emphysème pulmonaire aigu interstitiel et sous-pleural chez un saturnin, par Petrozzani. (*Lo Sperimentale*, nov.) — Rétrécissement mitral et intoxication saturnine, par Duroziez. (*Union médicale*, 15 décembre.) — De l'amaurose saturnine, par Parisotti et Melotti. (*Gaz. d. Osped.*, n° 86.)

Sarcome. — Développement d'un sarcome après un traumatisme, par Pearce Gould. (*Brit. med. Journ.*, p. 1019, nov.)

Scarlatine. — Une épidémie de fièvre scarlatine, par J.-B. Ayer. (*Boston med. and surg. journ.*, 17 décembre.) — De la scarlatine et des éruptions scarlatiniformes qui accompagnent les opérations chirurgicales, par J. Walton Browne. (*Brit. med. Journ.*, p. 692, oct.)

Scorbut. — Un cas d'hydrurée accompagnant le scorbut, par R. Pau. (*Lo Sperimentale*, avril.)

Scrofule. — Bains de mer et traitement maritime de la scrofule, par Amat. (*Montp. méd.* juillet.)

Septicémie. — Sur la septicémie, par Petrone. (*Lo Sperimentale*, oct.)

Serpent. — De l'acide phénique contre les morsures de serpents, par Doljenkoff. (*Russkaia med.*, n° 38.)

Syphilis. — Le bacille de la syphilis, par Hall. (*N. York surg. Society*, 24 nov.) — Note sur les recherches du bacille de la syphilis, par Giletti. (*Giorn. ital. d. mal. ven.*, n° 5.) — La contagion de la syphilis, par Disse et Taguchi. (*Deutsche med. Woch.*, n° 48.) — De la syphilis et des maladies vénériennes, par Finger. (In-8°, *Vienne.*) — Sur la pluralité des virus vénériens, par Zeissl. (*Ann. de derm. et de syp.*, mai et juin.) — De la syphilis congénitale, par Neumann. (*Wien. med. Jahrbücher*, Heft II, p. 287.) — Du chancre par morsure, par Lesage. (*Thèse de Paris*, 21 déc.) — Diagnostic de la sclérose syphilitique, par Finger. (*Viertelj. f. Dermatol.*, XII, 3 et 4.) — Chancres indurés multiples des lèvres. Fièvre syphilitique. Roséole. Plaques muqueuses par Notta. (*France médicale*, 22 octobre.)

— De la syphilis cérébrale indirecte, par FERNAND LAVERGNE. (*France médicale*, 12 décembre.) — Syphilis cérébrale, par Ross. (*Montreal med. chir. soc.*, 4 déc.) — Contribution à l'étude de la syphilis cérébrale chez l'enfant; sur quelques cas de syphilis héréditaire à manifestations cérébrales ; par DECLERQ et MASSON. (*Ann. de derm.*, décembre.) — Accidents cérébraux au début de la période secondaire (deux mois après l'apparition du chancre); hémiplégie droite, traitement spécifique, guérison, par MÉNÉTRIER. (*Ann. de derm.*, p. 421.) — Tabes syphilitique précoce, par F. MÉPLAIN. (*Ann. de derm.*, avril.) — Paralysie glosso-labio-laryngée d'origine syphilitique, par RAOULT. (*Ann. de dermat.* août.) — Syphilis cérébrale (syphilis ignorée) simulant la méningite tuberculeuse, par A. MOREL-LAVALLÉE. (*Ann. de derm.*, p. 509.) — Symptômes vésicaux et urétraux inaugurant la période préataxique du tabes sur un sujet syphilitique, par LEMONNIER. (*Ann. de derm. et de syph.*, mai.) — De la syphilis et de la folie, par W-.B. GOLDSMITH. (*Boston med. and surg. Journ.*, 5 novembre.) — La syphilis et l'hystérie, par TORRENTINO. (*La Riforma med.*, 15 juillet.) — Douleurs ostéocopes, par LEHMANN. (*Deutsche med. Woch.*, nº 18.) — Des troubles pathologiques dans la choroïdite et la rétinite syphilitiques, par NETTLESHIP. (*Royal London opht. Rep.*, XI, part. 1.) — Iritis hérédo-syphilitique chez une enfant de six mois, par A. TROUSSEAU. (*Ann. de derm.*, p. 415.) — Syphilis héréditaire, malformations dentaires et kératite interstitielle diffuse, par BAKER et STORY. (*Ophtalmic review*, vol. IV, nº 49, p. 321.) — Gomme de l'iris au cinquième mois de la syphilis, par E.-S. PECK. (*Journ. of cut. and vener. diseases*, juillet.) — La kératite interstitielle syphilitique de Hutchinson, par OTTOLENGHI. (*Gazz. d. cliniche*, déc.) — Un cas de gomme de la conjonctive, par WALKER LE ROY. (*N. York med. Record.*, nov.) — Erythème noueux compliqué de syphilis, par VIDAL. (*Journ. of. cutan. dis.*, mars.) — De la syphilide acnéique du nez, par HORAND. (*Ann. de dermat.*, juillet.) — Syphilis datant de 44 ans et n'ayant donné lieu à aucune manifestation pendant cet espace de temps, actuellement syphilides tuberculeuses, sèches, circinées, par HEULZ. (*France médicale*, 15 octobre.) — Sur la syphilide pigmentaire primitive, par C. ANDRONICO. (*Giorn. int. delle scienze mediche*, 5.) — Syphilis héréditaire, lésions du foie, lésions de la rate, ostéomalacie, par L. TISSIER. (*Ann. de derm.*, avril.) — De la syphilis précoce du rectum, par JEAN. (*Thèse de Paris*, 19 déc.) — Du traitement de la syphilis, par G.-H. TILDEN. (*Boston med. and surg. Journ.*, 31 décembre.) — 17 cas de syphilis traités par le tannate de mercure, par J. INGLIS PARSONS. (*Med. Times and Gaz.*, 26 décembre.)

T

Tænia. — Tænia, par A. LABOULBÈNE. (*Dict. encycl. des sc. méd.*, 3e série, t. XV, 2e part). — Action de diverses substances chimiques et spécialement de la potasse sur les œufs de tænia mediocanellata, par PERRONCITO et MASSA. (*La riforma med.*, 11 déc.)

Taille. — Trois cas de taille pubienne, par ORLOWSKI. (*Deut. Zeit. f. Chir.* XXIII, 1 et 2). — Cinq cas de taille hypogastrique, par TRZEBICKY. (*Wien. med. Presse*, nº 45.) — La taille suspubienne, par MUGNAI. (*Gaz. d. Osped.*, nº 97.) — Observation de taille hypogastrique pratiquée pour la seconde fois chez le même individu pour un calcul vésical, par CH. WILLIAMS.

(*Brit. med. journ.*, p. 911, nov.) — Taille, par J. Bertillon. (*Dict. encycl. des sc. méd.*, 3e série, t. XV, 2e part.)

Teigne. — De la gastrite faveuse, par Fedeli. (*Bull. d. Acad. med. di Roma*, n° 4.) — Favus chez un enfant nouveau-né, par K. Parker. (*Journ. of cut. and vener. diseases*, fév.) — Favus de la peau. Examen histologique, par Courtade. (*Union médicale*, 10 déc.) — Du favus de la peau et des muqueuses, par Hennocque. (*Thèse de Paris*, 30 déc.) — Pelade, par E. Chambard. (*Dict. encycl. des sc. méd.*, 2e série, t. XXII, 1re part.)

Température. — Les poisons et la température, par Richet. (*Rev. scientif.*, 2 janv.) — Influence de la température sur la faculté d'absorption du charbon animal, par O. Moszeick. (*Archiv für Anat. und Phys.*, p. 275.) — Le sens thermique, par Herzen. (*Rev. scientif.*, 5 déc.) — Etude de thermométrie clinique : de la vitesse d'ascension de la colonne thermométrique comme moyen d'apprécier les qualités de la température humaine, par J. Grasset. (*Montp. méd.*, août.)

Tendon. — De la rupture du ligament rotulien, traitement par la suture, par Sands. (*Med. News*, 26 déc.) — Luxation des tendons des péroniers latéraux ; réduction et contention par un procédé particulier ; guérison, par Raymondaud. (*Journal de la Société de médecine de la Haute-Vienne*, nov.) — Sarcome alvéolaire ayant débuté par la gaine du tendon extérieur du médius, par Denucé. (*Soc. anat.*, 20 fév.)

Testicule. — De la position anormale des testicules au dehors de la cavité abdominale, par Englisch. (*Wiener klinik*, nov.) — De la reproduction partielle du testicule, par Sirena et Scardulla. (*Gaz. d. Osped.*, n° 93.) — De la reproduction partielle du testicule, par Griffini. (*Gaz. d. Ospitali*, n° 68.) — Tumeur kystique du testicule, par Francis M. Caird. (*Edinb. med. journ.*, p. 452, nov.) — Plaies par coups de feu du testicule, par J. Bell. (*Med. News*, p. 581, 21 nov.) — Note sur l'hydrocèle de la tunique vaginale, par Tédenat. (*Montp. méd.*, juil.) — Guérison spontanée de l'hydrocèle vaginale, par Gilis. (*Gaz. hebd. Montp.*, n° 27.) — De la cure radicale de l'hydrocèle, par Lazzari. (*Gaz. d. Osped.*, n° 95.) — De l'incision antiseptique de l'hydrocèle, par Heydenreich. (*Semaine méd.*, 2 déc.) — Traitement de l'hydrocèle vaginale par l'incision, par Augagneur. (*Lyon méd.*, p. 443, 6 déc.)

Thérapeutique. — Les nouvelles médications, conférences thérapeutiques, par Dujardin-Beaumetz. (In-8°. *Paris.*) — Applications thérapeutiques de la compression hydraulique, par Desplats. (*Bull. Soc. de chir.*, XI, p. 772.) — Valeur thérapeutique de la glace, par Anderson B... (*The therapeutic Gazette*, juin.) — Les antipyrétiques, par Battaglia. (*Gaz. d. Osped.*, n° 81.) — De l'antipyrine, revue critique, par A. Rizzi. (*Annali univ. di med.*, nov.) — De l'usage de l'antipyrine dans les fièvres, par Acker. (*Journ. of americ. med. Assoc.*, 21 nov.) — De quelques phénomènes consécutifs à l'emploi de l'antipyrine dans la fièvre cachectique, par Fedeli. (*Raccoglit. med.*, nov.) — De l'antipyrine dans la fièvre hectique des tuberculeux, par Favre. (*Thèse de Lyon*, n° 304.) — De l'antipyrine dans le rhumatisme articulaire aigu et subaigu, par Joubert-Laurencin. (*Thèse de Lyon*, n° 301.) — De la terpine en thérapeutique, par Salvy. (*Thèse de Lyon*, n° 306.) — Etude physiologique et thérapeutique sur l'emploi de la terpine, par Jeannel. (*Mont. méd.*, sept.) — Les propriétés thérapeutiques et les indications de la terpine, par Eloy. (*Union médicale*, 12 déc.) — Emploi de l'acide lactique contre les affections fongueuses des parties molles, par Bum. (*Wiener med. Woch.*,

21 nov.) — Du képhyr contre la phtisie, par Kozlovoky. (*Vratch*, n° 1, 1884.) — De l'oxigène comme agent thérapeutique, par Wallian. (*N. York med. Record*, oct.) — De l'emploi du chlorate de potasse en chirurgie, par Turazza. (*La Riforma med.*, 19 déc.)

Thyroïde. — Etiologie du goitre, par Longuet. (*Arch. de méd. mil.*, t. VI, p. 417 et 449.) — Kyste thyroïdien à parois calcifiées pris pour un chondrome kystique du cou, par Houzel. (*Bull. Soc. de chir.*, XI, p. 928). — Cancer du corps thyroïde, par Carrington. (*Med. Times*, p. 786, 5 déc.)— Goitre exophtalmique, par Thompson. (*Journ. of americ. med. Assoc.*, 28 nov.) — De la maladie de Basedow, par Bozzolo. (*La Riforma med.*, 23 nov.) — De la maladie de Basedow, par Silva. (*Gazz. d. cliniche*, octobre.)

Trachée. — Moule fibrineux de la trachée, des deux bronches et de leurs premières divisions, par Netter. (*Soc. Anat.*, 20 fév.) — Etude statistique sur la trachéotomie, par Birnbaum. (*Arch. f. klin. Chir.*, XXXI, Heft 2.) — De la trachéotomie dans le croup et la diphtérie, par Spicer. (*Cincinnati med. News*, XIV, p. 361.) — Trachéotomie datant de plusieurs mois ; difficultés de l'ablation de la canule; guérison, par Golding Bird. (*Brit. med. journ.*, p. 792, oct.) — Des rétrécissements de la trachée consécutifs à la trachéotomie dans le croup, par Fleiner. (*Deutsche med. Woch.*, n° 42.) — Les rétrécissements trachéens consécutifs à la trachéotomie dans le croup et la diphtérie ; revue. (*La Riforma med.*, 18 déc.)

Transfusion. — De la transfusion du sang, par Duplay. (*Gaz. des hôp.*, 22 déc.) — Etude sur les injections de sang dans les cavités séreuses avec considérations sur la transfusion péritonéale, par Ledderhose. (In-8°, *Strasbourg*.)

Trépanation. — Trépanation du crâne pour un épanchement sanguin dérivé de l'artère méningée moyenne, par Charters Symonds. (*Brit. med. journ.*, p. 742, oct.) — Fracture comminutive du crâne avec enfoncement de l'os frontal : trépanation, guérison ; par Kough. (*Ibidem*, p. 831, oct.) — Indications de la trépanation du crâne dans les lésions traumatiques, par Cauvy. (*Montp. méd.*, juin.) — La trépanation du crâne et ses indications, par Ceccherelli. (*Annali universali*, juin.) — Gliome cérébral, trépanation, par Sciamanna. (*Bull. d. Acad. med. di Roma*, n° 3.)

Trichinose. — Contribution à l'étude du traitement de la trichinose (traitement par la glycérine à l'intérieur ; expériences sur des animaux). (*D. Arch. f. klin. Med.*, Bd. XXXVI, p. 185.) — Traitement de la trichinose, par Lesshaft. (*Deutsche med. Woch.*, n° 47.)

Tuberculose. — De la valeur de la recherche des bacilles dans le diagnostic des affections tuberculeuses, par Thiéry. (*Progrès médical*, 28 nov.) — De l'inoculation tuberculeuse chez l'homme, par Martin du Magny. (*Thèse de Paris*, 17 déc.) — Quelques observations pour servir à l'enquête de la contagion de la phtisie, par Dumas. (*Gaz. hebd. de Montp.*, n° 18.) — Deux observations de contagion de la phtisie pulmonaire, par Brousse. (*Ibidem*, n° 40.) — La consomption tuberculeuse est-elle toujours héréditaire ? par Didama. (*Med. News*, p. 602, 28 nov.) — Recherches expérimentales sur la scrofule et la tuberculose, par Edwin Wooton. (*The Dublin journ. of med. sc.*, p. 290, oct.) — De la transmission possible de la tuberculose des animaux à l'homme, par Nosotti. (*Giorn. d. soc. ital. d'igiene*, déc.) — Traumatisme et tuberculose, par Richelot. (*Union médicale*, 8 nov.) — De la nutrition et de la croissance en rapport avec la

phtisie pulmonaire, par ALEXANDER JAMES. (*Edinb. med. journ.*, p. 297, oct.) — Des caractères spécifiques et infectieux de la tuberculose, par E.-W. CUSHING. (*Boston med. and surg. Journ.*, 10 déc.) — Tuberculose parasitaire, par MENDINI. (*Giorn. med. del esercito, Rome*, oct.) — Du tubercule et de la tuberculose, par BAUMGARTEN. (In-8°. *Berlin.*) — Leçons sur la phtisie pulmonaire, par SHURLY. (In-8°. *Detroit.*) — Phtisie pulmonaire, par MARAGLIANO. (*La Riforma med.*, 4 déc.) — Tuberculose pulmonaire chronique chez les vieillards, par GILBERT. (*Thèse de Paris*, 17 déc.) — Phtisie catarrhale aiguë; guérison, par JENSEN. (*Journ. of Americ. med. Assoc.*, 14 nov.) — La formation des kystes dans la tuberculose miliaire, par HLAVA. (*Recueil méd. tchèque*, *I*, fasc. 1.) — Un cas de phtisie avec nombreux bacilles; arrêt complet de la maladie, par BOWDITCH. (*Journ. of americ. med. Assoc.*, 12 déc.) — Tuberculose miliaire aiguë avec localisation méningitique chez une femme enceinte. Mort du fœtus avant la mort de la mère. (*Gaz. hebd. des sc. méd. de Bordeaux*, 29 nov.) — Des altérations du système nerveux sympathique chez les phtisiques, par IDANOFF. (*Med. Obozrenie*, XXIII, n° 5.) — Hémiplégie chez un phtisique, par TROISIER. (*Société médicale des hôpitaux*, 9 déc.)— De l'évolution rapide de la tuberculose lorsque le pharynx est envahi par la maladie, par T. AMORY DE BLOIS. (*Boston med. and surg. journ.*, 22 oct.) — Deux cas d'ulcérations tuberculeuses de l'intestin et de tuberculose généralisée, par E.-N. WHITTIER. (*Ibidem*, 17 déc.) — Le traitement local de la tuberculose laryngée, par TAUBER. (*Med. News*, 28 nov.)— Le traitement externe et la diététique de la phtisie pulmonaire, par THOS. MAYS. (*The thepareutic Gazette*, juin.) — Etude sur le traitement hygiénique et climatique de la phtisie pulmonaire, par WEBER. (In-8°. *Leipsig.*)

Tumeur. — De la kariokynèse des tumeurs, par FERRARI. (*Gaz. d. Ospitali*, n° 59.) — Anatomie pathologique générale des tumeurs, leur nature et leur classification physiologique, par L. BARD. (*Archiv. de physiologie*, 1er avril.) — Des tumeurs du type nerveux, par L. BARD. (*Ibidem*, 15 mai.) — Des tumeurs du type épithélial, par L. BARD. (*Ibidem*, 15 nov.)

Typhoïde (Fièvre). — Relation d'une épidémie de fièvre typhoïde (135 cas), à Neuville-sur-Saône. Contagion par l'eau contaminée par des déjections typhiques, par H. RONDET. (*Lyon méd.*, 13 déc.) — La fièvre typhoïde a-t-elle une origine spontanée, par JENKINS. (*Journ. of Americ. med. Assoc.*, 5 déc.) — La fièvre typhoïde comme elle se montre à New York, par ELSNER. (*N. York med. journ.*, 28 nov.) — Notes sur 15 cas de fièvre typhoïde contractée à Souakim pendant la guerre et traités à l'hôpital de Suez, par GORE. (*The Dublin journ. of med. sc.*, p. 441, nov.) — Relevé de 178 cas de fièvre typhoïde, par DOUBLEDAY. (*N. York med. Record*, nov.)— Maladies aiguës précédant ou accompagnant les débuts de la fièvre typhoïde, par LECLERCQ. (*Thèse de Paris*, 14 déc.) — La pleurésie et la tuberculose dans la fièvre typhoïde, par POTAIN. (*Gaz. des hôp.*, 24 déc.)— Fièvre typhoïde associée avec une syphilis récente, par DAVIES. (*Brit. med. j.*, p. 397, août.) — Fièvre typhoïde pendant la grossesse, par BROUSSE. (*Gaz. hebd. de Montpellier*, n° 11.) — Fièvre typhoïde compliquée de parotidite; guérison, par GEE. (*Med. Times*, p. 839, 19 déc.) — Typhus ambulatoire. Perforation intestinale, par COUTURIER. (*Loire médicale*, 15 nov.) — Fièvre typhoïde ambulatoire. Perforation intestinale et vaste collection stercorale; laparotomie; mort, par SURMAY. (*Union médicale*, 1er déc.) — De la cause des inflammations purulentes et des thromboses des veines qui surviennent au cours de la fièvre typhoïde, par DUNIN. (*Gaz. lekarsk.*, n° 14.) — Pneumatose de la séreuse vaginale, des parois

abdominales, de la peau des deux cuisses à la suite d'une ulcération typhoïde, par PAULICKI. (*D. Arch. f. klin. Med.*, Bd. XXXVII, p. 194.) — Observations de récidive complète d'une fièvre typhoïde, par J.-W. MOORE. (*The Dublin journ. of med. sc.*, p. 486, nov.) — De la diathèse typhique hémorragique, par GERHARDT. (*Zeit. f. klin. Med.*, X, n° 3.)

U

Ulcère. — De l'ulcère phagédénique des pays chauds, particulièrement observé au Sénégal, par AMOURETTI. (*Thèse de Lyon*, n° 302.) — Un cas de mal perforant du pied, par HEUSNER. (*Deutsche med. Woch.*, n° 16.) — De l'ulcère perforant du pied, par ZANNINI. (*Boll. d. sc. med. Bologna*, sept.-oct.)

Urémie. — Recherches expérimentales sur l'urémie, par MYA. (*Gazz. d. cliniche*, nov.) — De l'urémie, par DEMIANKOFF. (*Archiv. klin. Vnoutrennikt*, IX.) — De l'urémie et de quelques états qui peuvent lui ressembler, par COLOMBIÉ. (*Montpellier méd.*, mars.) — Du délire toxique et du délire urémique en particulier, par COTTON D'ENGLESQUEVILLE. (*Thèse de Paris*, 21 déc.) — De l'acétonurie et de la diacéturie, par MYA. (*Riv. clin. di Bologna*, déc.) — Épilepsie acétonique, étude sur les auto-intoxications, par V. JAKSCH. (*Zeit. f. klin. Med.*, X, 4.) — Les sels de potasse dans la genèse de l'urémie, par ROVIGHI. (*Riv. clin. di Bologna*, n° 11.)

Urine. — Urines phosphatées faussement albumineuses, par CARLES. (*Journ. de pharm.*, XIII, n° 2.) — De la disparition des acides de l'urine par la diète lactée absolue, par KUSSMANOFF. (In-8°, *Dorpat.*) — Sur la sécrétion de l'indigosulfate de soude, par MARÈS. (*Recueil méd. tchèque*, I, fasc. 1.) — De la présence de ferments digestifs dans l'urine normale et pathologique, par MYA et BELFANTI. (*Gazz. d. cliniche*, déc.)

Urinaires (Voies). — Des troubles des fonctions urinaires, des calculs; diagnostic et traitement, par BEALE. (In-8°, *Philadelphie.*) — Des maladies des voies urinaires et de la vessie, par WINCKEL. (In-8°, *Stuttgart.*) — Des affections du rein et des voies urinaires, par DICKINSON. (In-8°, *New-York.*) — Traité pratique des maladies du rein et des troubles urinaires, par RALFE. (In-8°, *Philadelphie.*) — Traité pratique des affections du rein et des voies urinaires; des dépôts dans l'urine, par ROBERTS et MAGUIRE. (4e édit., *Philadelphie.*)

Urètre. — Fièvre urétrale et mort par le cathétérisme, par KINLOCH. (*Med. news*, 5 déc.) — Des rétrécissements de la portion pénienne de l'urètre, par CHANGARNIER. (*Thèse de Montpellier*, n° 9.) — Poche urineuse consécutive à une rupture traumatique de l'urètre, par SAUSSOL. (*Gaz. hebd. de Montp.*, n° 46.) — Rupture de l'urètre et du corps spongieux chez l'homme pendant le coït, par J.-S. WATSON. (*Boston med. and surg. journ.*, 12 novembre.) — Adénomes et kystes glandulaires de l'urètre chez la femme, par TROQUART. (*Bull. de la Soc. de méd. de Bordeaux*, 20 novembre.) — Cocaïne dans un cas d'excroissances fongueuses de l'urètre chez la femme, par GRYNFELTT. (*Gaz. hebd. de Montp.*, n° 30.)

Utérus. — Observation d'utérus double, par ALEX. PATTERSON. (*Edinb. med. journ.*, p. 128, août.) — De l'utérus unicorne, par PALTAUF. (*Wien. med.*

Jahrb., heft II, p. 211.) — Traitement de la menstruation douloureuse et de la stérilité résultant de la flexion, par Goodell. (*Med. news*, 12 déc. — Métrite chez une vierge, métrorragies incoercibles. Injection intra-utérine de perchlorure de fer, guérison, par Dalché. (*Gaz. méd. de Paris*, 5 décembre.) — Pathogénie des hématocèles utérins, par Bernutz. (*Arch. de tocol.* janvier, février, mars.) — Cas rare d'hématomètre par atrésie congénitale du vagin simulant une tumeur rétro-péritonéale, par C. Ramono. (*Giorn. int. delle scienze mediche*, I.) — Du traitement de la métrite chronique par le thermo-cautère, par Schwarz. (*Cent. f. Gynaek.*, p. 449.) — Des déplacements et des inflammations de l'utérus, par Fritsch. (In-8°, *Stuttgart.*) — Traitement du prolapsus utérin, par William Smyly. (*The Dublin. journ. of. med. sc.*, p. 24, janvier.) — Inversion utérine datant de 13 ans, ablation par la ligature à traction élastique, par Defontaine. (*Bull. Soc. de chir.*, XI, p. 911.) — Deux cas de rétroflexion utérine traités par le refoulement en masse de l'utérus, fécondation, accouchement à terme, par Baumel. (*Gaz. hebd. scienc. méd. Montp.*, n° 17.) — De la dilatation de l'utérus, considérations sur quelques méthodes de dilatation et sur leur valeur, par J.-H. Davenport. (*Boston med. and surg. journ.*, 31 décembre.) — Môle hydatiforme de l'utérus, par W.-A. Dunn. (*Boston med. and surg. journ.*, 24 décembre.) — Des polypes utérins à apparition intermittente, par Guntzburger. (In-8°, *Nancy.*) — Fibro-myome de la paroi antérieure de l'utérus guéri par les courants continus, par Piccinine. (*Ann. di Ostetricia*, n°s 9 et 10.) — Des fibro-myomes utérins, par Roustan. (*Montp. méd.*, janvier.) — Du sphacèle des fibro-myomes utérins, par Agostini. (*Ibid.*, nov.) — Traitement du myome utérin à Kreuznach, par Engelmann. (*Deutsche med. Woch.*, n° 25.) — La ménopause artificielle ou chirurgicale comme méthode de traitement des fibromes utérins et des troubles qui les accompagnent, par Chiara. (*Ann. di Ostetricia*, n°s 9-10.) — Adénome malin de l'utérus, hystérectomie sus-vaginale, guérison, par Wylie. (*N. York obst. soc.*, 1er déc.) — Kyste suppuré du ligament large, ablation, fistule stercorale, formation d'un phlegmon, guérison, par Page. (*Brit. med. journ.*, p. 600, sept.) — Un cas de rupture de l'utérus, par R. Gattai. (*Lo sperimentale*, oct.) — Le modelage du col de l'utérus, par Furst. (*Deutsche med. Woch.*, n° 46.) — Résection du col hypertrophié, par Furst. (*Deutsche med. Woch.*, n° 49.) — Technique de l'ignipuncture sur le col utérin, par Chiara. (*Gazz. d. clin. Turin*, août, n° 5.) — Raclage et curage de l'utérus, par Ménière. (*Gaz. de gynéc.*, déc.) — Le raclage de l'utérus, par Terrillon. (*Bull. de thérap.*, sept.)

V

Vaccine. — Inoculation; propagation et préservation de la vaccine animale, par S.-C. Martin. (*Boston med. and surg. Journ.*, 10 décembre.) — Des micrococci de la vaccine, par Voigt. (*Deutsche med. Woch.*, n° 52.)

Vagin. — Cas rare d'atrésie du vagin par cicatrice à la suite de gangrène, par Badaloni. (*Gaz. d. ospitali*, n° 74.) — Signification et diagnostic de la vaginite, par Lomer. (*Deutsche med. Woch.*, n. 43.)

Vaisseaux. — Remarques sur les maladies chirurgicales du système vasculaire, par John Duncan. (*Edinb. med. Journ.*, p. 401, nov.)

Varicelle. — Spécificité et inoculabilité de la varicelle, par D'HEILLY et THOINOT. (*Rev. mens. des mal. de l'enfance*, déc.) — La varicelle n'est pas inoculable, par DUMONTPALLIER. (*Société méd. des hôpitaux*, 25 novembre.)

Variole. — Variole confluente ; pyohémie, arthrites multiples suppurées, traitement antiseptique, guérison, par STOCCADA. (*Riv. veneta di sc. med.*, nov.)

Veine. — Guérison des varices par excision, par FARRANT FRY. (*Brit. med. Journ.*, p. 445, septembre.)

Vessie. — Cas de calcul vésical, compliqué de la présence d'un lacet de bottine en cuir dans la vessie ; cas de calcul vésical, des services que peut quelquefois rendre une sonde à demeure dans la vessie après la lithotritie, par A.-T. CABOT. (*Boston med. and surg. journ.*, 29 octobre.) — De l'opération de l'ectopie vésicale, par TRENDELENBURG. (*Cent. f. Chir.*, 5 déc.) — Sur un cas d'hématurie, par RICHELOT. (*Union médicale*, 20 décembre.) — Distribution de l'affection calculeuse à Norfolk, par CH. PLOWRIGHT. (*Brit. med. Journ.*, p. 863, nov.) — Calcul urinaire brisé spontanément dans la vessie, par HUTCHISON. (*N. York surg. Soc.*, 10 nov.) — Sept cas de litholapaxie, par TRZEBICKY. (*Wien. med. Presse*, n° 50.) — Un cas de polypes de la vessie diagnostiqués par l'endoscopie et opérés, par GRÜNFELD. (*Wien. med. Presse*, n° 38.) — Papillome extrait par la taille périnéale ; guérison, par TRZEBICKY. (*Wien. med. Presse*, n° 42.) — Fistule vésico-vaginale artificielle pour guérir une cystite chronique, par ARTHUR MACAN. (*The Dublin journ. of med. sc.*, p. 273, octobre.) — Du traitement chirurgical de quelques cystalgies rebelles, par DALLE ORE. (*Riv. veneta di sc. med.*, oct.) — Rupture de la vessie, mort d'hémorragie, par EMILIUS THOMPSON. (*Brit. med. Journ.*, p. 738, oct.) — Carcinome de la vessie chez une femme, extirpation par l'urètre dilaté, cessation des accidents, récidive au bout de trois mois, par TRZEBICKY. (*Wien. med. Presse*, n° 44.) — Cancer de la vessie survenant presque 18 ans après un cancer du pénis, par MARMADUKE SHEILD. (*Pathol. Soc. Lancet*, 7 novembre.) — De la situation de la vessie à l'état de vacuité et de réplétion chez les jeunes garçons, par SYMINGTON. (*Edinb. med. Journ.*, p. 908, mars.) — Éventration avec exstrophie de la vessie et anomalies diverses chez un enfant nouveau-né, par TROQUART. (*Bull. de la Soc. de méd. de Bordeaux*, 4 décembre.) — Opération pour une exstrophie de la vessie chez un enfant de 5 jours, par WYMAN. (*N. York med. Record*, déc.) — Hématurie et ténesme vésical violent, sans cause appréciable, taille périnéale ; cessation des accidents, par TRZEBICKY. (*Wien. med. Presse*, n° 44.)

Viande. — Des éléments nutritifs contenus dans la viande de boucherie, par DOBROSLAVINE. (*Vratch.*, n° 35.)

Vision. — Nouvelle théorie de la vision, par ANGELUCCI. (*Bull. d. Accad. med. di Roma*, n° 6.) — Rapports de l'acuité visuelle avec l'intensité de l'éclairage, par W. UHTHOFF. (*Archiv für Anat. und Phys.*, p. 331.)

Vitré (Corps). — Recherches sur le corps vitré, par HAENSELL. (*Bulletin de la clinique nationale ophtalm.*, III, n° 3, p. 177.) — Décollement du corps vitré, par MILLES. (*Roy. Lond. opht. hosp. Rep.*, XI, n° 1.) — Extraction d'un corps étranger du vitréum avec l'électro-aimant, par POOLEY. (*American Journ. of ophthalm.*, II, n° 8, p. 186.)

Vomissements. — Contribution à l'étude des vomissements incoercibles, par CHARPENTIER. (*Arch. de tocol.*, juin.)